

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESE

486

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Mahmoud ETEMADIAN

Né le 6 Juillet 1913 à Téhéran (Iran)

**L'Iran et la prophylaxie
Internationale**

Président : M. TANON, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

—
1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESE

TABIE DES MATIÈRES
POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Mahmoud ETEMADIAN

Né le 6 Juillet 1913 à Téhéran (Iran)

L'Iran et la prophylaxie Internationale

Président : M. TANON, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1938

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robrt DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIA.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	LEVY-SOLAL
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte ..	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUDRY.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BARIETY	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.	LELONG	Pathol. expérimentale
Jstin BESANÇON	Hydrologie.	LEMAIRE	Pathologie chirurgic.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pharmacologie.
BOULIN	Pathologie médicale.	MII J. LEVY.	Neurol. et Psychiatrie
BULLIARD	Histologie.	LEVY-VALENSI	Pathologie chirurgic.
CATHALA	Pathologie médicale.	MENEGAUX	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	MOLLARET	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie chirurgic.
DOGNON	Physique.	MOULONGUET	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOUQUIN	Anat. pathologique.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	OBEPLING	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.	PETTY-DUTAILLIS	Médecine légale.
GASTINEL	Bactériologie.	PIEDELIEVRE	Obstétrique.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.	PORTES	Ophthalmologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.	RENARD	Physiologie.
GAYET	Physiologie	RICHET	Chimie biologique.
GIROUD	Histologie.	SANNIE	Pathol. expérimentale
HAGUENAU	Pathologie médicale.	SENEQUE	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.	TROISIÈRE	Obstétrique.
HAZARD	Pharmacologie.	TURPIN	Pathologie médicale.
HUGUENIN	Anat. pathologique.	VIGNES	Pathologie chirurgic.
JOANNON	Hygiène.	WILMOTH	Pathol chirurgic.
LACOMME	Obstétrique.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Physiologie.	LEROUX	Anat. pathologique.
BUSQUET	Pathologie chirurgic.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie
CHAILLEY-BERT	Pharmacologie.	PHILIBERT	Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Clinique médicale.	BASSET	Clinique Chirurgicale.
AUBERTIN		BROCC	
BRULÉ		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		HEITZ-BOYER	
DUVOIR		MOURE	
LIAN		QUENU	
PASTEUR-VALLÉRY-RADOT		SCHWARTZ	
SEZARY		VELTER	
		ECALLE	Clinique obstétricale.
		LE LORIER	
		METZGER	
		GUENIOT	



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES PARENTS

A MES MAÎTRES IRANIENS ET FRANÇAIS

A MES AMIS

A M. LE DOCTEUR P. NAVARRE

Sous-directeur de l'Institut d'Hygiène
de la Faculté de Médecine de Paris
Professeur de l'Ecole de Médecine de Caen
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Pour les précieux conseils qu'il nous a prodigués, l'accueil si cordial et bienveillant qu'il nous a toujours réservé.
Qu'il veuille trouver ici l'expression de notre reconnaissance.*

AUX MEMBRES DE NOTRE JURY DE THÈSE

Hommage de nos sentiments respectueux.

A TOUS CEUX QUI TRAVAILLENT
POUR LA PROTECTION
DE LA SANTE PUBLIQUE EN IRAN

base de discussions et les idées émises par elles y ont triomphé.

Il est donc de notre devoir d'exprimer notre reconnaissance envers les savants et médecins français, maîtres et pionniers de l'hygiène internationale, ceux qui la créèrent ou lui donnèrent une si grande impulsion, Proust, Chantemesse, Faivre. Borel, Brouardel, Tanon, Pottevin..., ainsi qu'à Son Excellence M. Barrère, ambassadeur de France, qui, à la tête de la délégation française, présida les dernières conférences et dirigea les débats avec une grande autorité.

Les conférences sanitaires internationales, qui cherchaient surtout à protéger l'Europe contre les invasions des épidémies cholériques, considéraient à juste titre la protection sanitaire de l'Iran comme le complément nécessaire de la défense de l'Europe.

En effet, notre pays, de par sa situation géographique, a joué un rôle important dans la marche des épidémies se dirigeant vers l'Europe. Il suffit de noter qu'au cours du siècle dernier le choléra a pénétré cinq fois en Europe et que dans quatre de ces occasions il est passé en Iran avant de gagner la Russie et l'Europe.

En outre, les épidémies de l'Irak-Arabie, de la Mésopotamie et de la Syrie en 1899, 1890, 1891 et l'épidémie de 1893 soulignèrent le danger de l'importation par le golfe Persique.

Dans quelle mesure les Conférences tentèrent de protéger l'Iran ?

Les résolutions prises furent-elles exécutées ?

Quelle est la situation présente de notre défense sanitaire ?

Nos stations quaranténaires maritimes, terrestres et aériennes offrent-elles les garanties voulues ?

C'est à toutes ces questions que nous allons essayer de répondre dans cette thèse :

Dans un premier chapitre, nous donnerons un bref aperçu des Conférences sanitaires internationales.

Dans un deuxième chapitre, nous étudierons les maladies pestilentiellees en Iran.

La participation de notre pays aux Conférences sanitaires internationales fera l'objet d'un troisième chapitre.

Enfin, le Conseil sanitaire de Téhéran et la défense sanitaire de l'Iran seront traités dans les deux derniers chapitres.

Montrer que notre pays est parvenu à assurer sa défense sanitaire par ses propres moyens et que nos stations maritimes, terrestres et aériennes offrent toutes les garanties voulues, tel est le but de ce travail.

Nous tenons à exprimer ici notre reconnaissance envers ceux qui, tant par leurs encouragements que par leurs précieux conseils, nous ont facilité la tâche.

Tout particulièrement M. le Professeur Tanon, Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine, et M. le D^r Navarre, sous-directeur de l'Institut d'Hygiène de cette même Faculté, de nous avoir donné des conseils qui nous furent si précieux dans la réalisation de cette thèse.

Nous tenons à remercier également M. le D^r Pierret, Directeur de l'Office International d'Hygiène Publique, et ses collaborateurs, particulièrement M. le D^r Broquet et M. de Brancion, de nous avoir prodigué leurs conseils et d'avoir mis si aima-

blement à notre disposition les nombreux documents sans lesquels toute étude sur notre sujet eût été impossible.

Nous devons enfin exprimer notre respectueuse gratitude envers M. le D^r Sehhate, directeur général de l'Administration générale de l'Hygiène Publique de l'Iran, de nous avoir si aimablement communiqué les renseignements que nous avions demandés sur le Conseil sanitaire de l'Empire et les stations quarantenaires du golfe Persique.

CHAPITRE PREMIER

Avant de commencer notre étude sur « L'Iran et la prophylaxie internationale », nous avons cru utile de faire, aussi résumée que possible, l'histoire des Conférences sanitaires internationales, qui sont la base même de la prophylaxie internationale.

Les Conférences sanitaires internationales

Des règlements sanitaires différents et même opposés d'un pays à l'autre, souvent subordonnés aux intérêts commerciaux, tout en étant peu efficaces, entravaient le commerce maritime, qui ne tarda pas à protester et réclamer l'unification des règlements sanitaires nationaux par une entente internationale.

C'est le gouvernement français qui convoqua pour la première fois, en 1851, les puissances européennes à Paris, afin de prendre des mesures efficaces contre la propagation des maladies pestilentielles en Europe, et d'opposer à un danger commun des moyens de défense rationnels, uniformes, basés sur des données scientifiques.

La Conférence de 1851 aboutit à un projet de convention qui ne trouva malheureusement pas l'approbation de toutes les puissances convoquées. Cependant, c'est une grande date dans l'histoire de l'hygiène internationale, car pour la première fois les puissances se concertaient dans un but d'intérêt

commun. C'est la fondation même de l'hygiène internationale, créée par l'initiative de la France (1).

Une nouvelle Conférence convoquée à Paris, en 1859, et composée uniquement de diplomates, essaya de reviser l'œuvre de 1851. Mais la Conférence se sépara sans aboutir à l'entente espérée.

En 1866, le gouvernement français prit l'initiative de convoquer une Conférence sanitaire internationale à Constantinople. Elle avait pour but de rechercher les causes primordiales du choléra, d'en étudier les caractères et la marche et de poser des règles de prophylaxie afin d'éviter de nouvelles invasions en Europe.

Tous les Etats d'Europe ainsi que l'Egypte et la Perse y étaient convoqués. Elle précisa les points de la mer Rouge, où on devait créer des postes sanitaires. M. le Professeur Proust eut pour mission de déterminer les points d'observation de la frontière russo-persane qui devaient protéger l'Europe contre le choléra. Il devait en outre insister auprès du gouvernement persan pour la lutte contre le choléra et demander le fonctionnement régulier du Conseil sanitaire de Téhéran.

Cette Conférence ne fut suivie d'aucune convention diplomatique, mais elle eut une grande influence sur le régime sanitaire de chaque pays.

(1) Professeur Proust : « La France en prenant cette initiative restait fidèle à son rôle humanitaire, civilisateur et désintéressé. Elle appelait l'Europe à concourir à une véritable croisade contre les épidémies ; croisade favorable avant tout aux peuples orientaux, puisque c'est en Orient que naissent la plupart des épidémies. »

Dr Paul Faivre : « Malgré cet insuccès, la Conférence de 1851 n'en a pas moins ouvert heureusement la voie à l'hygiène internationale, dont elle a été la première manifestation. »

La Conférence de Venise de 1874 était en présence de deux projets de convention :

- mesures prophylactiques contre le choléra ;
- création d'une Commission permanente des épidémies.

Elle n'aboutit malheureusement pas à une convention.

La Conférence de 1881 à Washington s'occupa presque exclusivement de la fièvre jaune.

La Conférence de Rome en 1885 ne fut suivie d'aucune convention diplomatique. Ce qui caractérise son œuvre, c'est qu'elle adopta le principe de l'isolement en rapport avec la période d'incubation du choléra.

Quelle était donc la raison de ces échecs successifs ?

Les auteurs incriminent généralement l'absence des données scientifiques (1) ; mais nous croyons que tout en lui attribuant une part prépondérante, on devrait également incriminer des divergences de vues, motivées par des intérêts opposés et difficilement conciliables. Nous tenons à reproduire ici pour témoignage quelques lignes du rapport que M. le Professeur Proust avait adressé le 25 juin 1855 au ministre du Commerce, au sujet de la Conférence de Rome :

« Nous ne pensons pas que la Conférence de Rome puisse aboutir actuellement à un résultat pra-

(1) Pottevin : « La raison principale de ces échecs répétés fut l'absence de données scientifiques pouvant fournir la base incontestée d'une prophylaxie rationnelle. »

Clerc : Hyg. Maritime (publié sous la direction du Professeur Taton) : « A la réflexion, la raison principale de ces échecs, c'est l'incertitude de la science sur les causes des maladies pestilentiellles et leurs modes de transmission. »

tique... Il nous paraît impossible qu'une réunion aussi nombreuse, composée d'éléments aussi variés, ayant des intérêts aussi opposés, puisse amener une entente et un accord. »

Ces six Conférences, malgré leur insuccès, n'ont pas été sans influence sur la pratique sanitaire des Etats. Il ne faut pas oublier qu'une partie des recommandations de la Conférence de Constantinople fut exécutée par l'Angleterre dans l'Inde et la Turquie dans la Méditerranée et la mer Rouge. A cet effet, M. le Professeur Proust, dans son excellent rapport à la Conférence de 1894, s'exprimait ainsi :

« Ces réunions, en effet, ont contribué à faire disparaître, un peu trop lentement peut-être, les mesures excessives, absurdes et même barbares usitées jusqu'alors.

« Les Conférences, par les discussions auxquelles elles donnent lieu, par les échanges d'idées entre les représentants sanitaires des divers pays, par les raisons données des décisions prises, ont une tendance à rendre les mesures plus rationnelles, moins rigoureuses, plus uniformes, de sorte que, même en l'absence d'une convention, il est impossible de ne pas reconnaître qu'elles ont été le point de départ d'améliorations successives. »

La septième Conférence se réunit à Venise en 1892. Elle admit la nécessité d'une surveillance sanitaire à Suez et refusa le passage du canal aux navires contaminés. Elle réorganisa le Conseil sanitaire d'Alexandrie. Ses résolutions donnèrent lieu pour la première fois à une convention signée des plénipotentiaires.

Avec elle, une nouvelle ère s'ouvre dans l'histoire de l'hygiène internationale. C'est, en effet, la

première Conférence qui aboutit à une convention, ratifiée l'année suivante par l'unanimité des puissances.

Avec elle, la prophylaxie internationale rentre dans une nouvelle phase ; désormais le travail des délégués ne restera pas lettre morte et les Conférences aboutiront à une convention.

La huitième Conférence, réunie à Dresde en 1893, fut suivie d'une convention. Elle se proposa de fixer le devoir d'un gouvernement en cas d'apparition du choléra sur son territoire. Celui-ci doit s'opposer à la dissémination du choléra, prendre des mesures indispensables pour l'éteindre et avertir les autres Etats afin qu'ils puissent se protéger contre le choléra. C'est la notification sur laquelle repose la prophylaxie internationale actuelle.

Pour obtenir une notification sincère, il faudrait envisager une atténuation des mesures préventives. On fut donc ainsi amené à instituer la surveillance sanitaire et créer le passeport sanitaire.

On assiste, avec grande satisfaction, à une atténuation considérable des mesures prophylactiques. Cet allègement, comme nous venons de le voir, était d'ailleurs justifié.

CONFÉRENCE DE PARIS, 1894

Elle devait délibérer sur la prophylaxie du pèlerinage de la Mecque ainsi que la protection du golfe Persique.

Pour le pèlerinage, elle édicta un certain nombre de mesures tendant à empêcher l'importation du choléra à la Mecque par les pèlerins.

Quant à la protection du golfe Persique, elle sera étudiée en détail dans un chapitre ultérieur.

CONFÉRENCE DE VENISE, 1897

Elle se proposa de régler les mesures à prendre pour prévenir l'invasion et la propagation de la peste et la surveillance sanitaire à établir à cet effet dans la mer Rouge et le golfe Persique.

La question de codification des conventions y fut également soulevée par M. Barrère, le premier délégué de la France :

« L'heure viendra, et il faut l'espérer prochaine, où les règlements seront codifiés et fondus en un ensemble logique et harmonieux. Ceux qui devront accomplir ce travail indispensable pourront alors apprécier la grandeur de l'œuvre accomplie par l'Europe depuis six ans dans la voie du droit public sanitaire ; et ils pourront témoigner de ce que cette œuvre représente de science et de labeurs, et permettez-moi d'ajouter, de désintéressement scientifique et international. »

A cet effet, la Conférence de Venise, dans sa séance du 11 mars 1897, émit le vœu « qu'une Commission technique internationale fût chargée à brève échéance de préparer un projet destiné à mettre en harmonie et à codifier les conventions de Venise 1892, Dresde 1893, Paris 1894, Venise 1897 ».

CONFÉRENCE DE PARIS, 1903

La découverte du rôle du rat dans la transmission de la peste et le rôle du *stégomyia* dans la

transmission de la fièvre jaune apportaient de nouvelles données scientifiques.

En résumé, la révision et la codification des textes des conventions antérieures, les modifications à apporter dans la classification des navires, l'introduction de la dératisation et enfin l'adoption du projet de création de l'Office international d'hygiène publique en furent les fruits.

La création de l'Office international d'hygiène publique réclamée depuis longtemps par M. le Professeur Proust ne fut réalisée qu'en 1907 après la réunion spéciale à Rome d'une Conférence sanitaire internationale.

La Conférence de 1907 se rattache directement à celle de Paris de 1903 ; elle devait en effet réaliser la création de l'Office international d'hygiène publique, adoptée par la Conférence de Paris, de sorte qu'on pourrait même dire qu'elle n'est qu'une véritable continuation de cette dernière.

La Conférence de Rome arrêta les statuts organiques de l'Office international d'hygiène publique qui doit siéger à Paris et dont « le principal objet est de recueillir et de porter à la connaissance des Etats participants les faits et les documents d'un caractère général qui intéressent la santé publique et spécialement ceux qui concernent la marche des maladies infectieuses, notamment du choléra, de la peste et de la fièvre jaune, et les mesures prises pour combattre ces maladies » (Article 4 du statut de l'Office).

Depuis la convention de 1926, le typhus exanthématique et la variole font l'objet des mêmes mesures.

Il est placé sous l'autorité et le contrôle d'un Comité international qui est composé de représen-

tants techniques, désignés par les Etats participants, à raison d'un représentant pour chaque Etat (Article 6).

Le bulletin, qui paraît au moins une fois par mois (il est actuellement bi-mensuel), comprend notamment :

1° Les lois et règlements généraux ou locaux promulgués dans les différents pays concernant les maladies transmissibles ;

2° Les renseignements concernant la marche des maladies infectieuses ;

3° Les renseignements concernant les travaux exécutés ou les mesures prises pour l'assainissement des localités ;

4° Les statistiques intéressant la santé publique ;

5° Des indications bibliographiques.

(Article X)

Actuellement dirigé par le D^r Pierret, il a à sa tête un Comité permanent qui tient deux sessions annuelles, en mai et en octobre.

Cette institution a rendu des services énormes dans le domaine de la prophylaxie internationale. Nous nous faisons un devoir de rendre hommage à ceux qui attachèrent leur nom à sa création : M. Barrère et le Professeur Proust notamment.

Convention sanitaire de Rio (1904) et de Washington (1905). — On pourrait les considérer comme un corollaire de la Conférence de Paris de 1903. Toutes les deux s'inspirent largement des résolutions prises par la Conférence de Paris ; elles les reproduisent en partie avec des prescriptions supplémentaires concernant la fièvre jaune.

CONFÉRENCE DE PARIS, 1912

Elle aboutit à une convention qui admet la fièvre jaune comme une maladie pestilentielle devant faire l'objet des mesures internationales.

D'un autre côté, pour le choléra, la bactériologie avait établi la notion de porteurs de germes et distinguait à cet effet les porteurs convalescents et les porteurs sains. Ces derniers sont très dangereux, puisqu'ils circulent librement et peuvent ainsi semer le choléra autour d'eux. Il fallait donc se protéger contre les porteurs de germes.

La convention admit la recherche des porteurs de germes, sous condition que celle-ci ne dépassât pas la durée de l'observation qu'on peut imposer aux navires. Sur ce dernier point, la Conférence a exprimé les vues suivantes :

« En matière de prophylaxie internationale, d'une manière générale, il n'est pas possible de tenir compte des porteurs de germes considérés isolément. Mais la recherche des porteurs de germes est techniquement indiquée en tant qu'elle est pratiquement réalisable :

a) Aux frontières maritimes, dans le cas des navires ayant le choléra à bord ou en ayant eu pendant la traversée ;

b) Aux frontières terrestres, sur les voyageurs formant l'entourage d'un cholérique.

CONFÉRENCE SANITAIRE INTERNATIONALE DE PARIS, 1926

Nous voudrions nous étendre un peu plus longuement ici et procéder à un examen analytique de la convention sanitaire internationale de 1926, mais ceci dépassant largement le cadre de ce petit exposé, nous nous contenterons de souligner les principales modifications qu'elle apporte à sa devancière, celle de 1912.

La nouvelle convention étend les mesures de prophylaxie internationale au delà des trois maladies visées dans celle de 1912 : les épidémies de typhus exanthématique et de variole doivent faire l'objet d'une notification.

Cette notification n'est exigée qu'en cas d'épidémies, alors que pour la peste, le choléra et la fièvre jaune elle doit se faire dès l'apparition du premier cas avéré.

Son article 1^{er} apporte encore une innovation importante : la notification, qui d'après la convention de 1912 se faisait par le gouvernement dont le territoire est infecté aux autres gouvernements, sera adressée en même temps à l'Office international d'hygiène publique.

Le rôle de l'Office international d'hygiène publique, la façon de recevoir et de transmettre les notifications sont précisés dans les articles 3, 4 et 5.

L'article 6 souligne l'importance considérable du rôle des rongeurs dans la prophylaxie de la peste. Il indique les mesures pour assurer la surveillance de l'état sanitaire des rats dans les ports.

De nouveaux corps sanitaires font leur appari-

tion dans le système sanitaire international : le Comité d'hygiène de la Société des Nations et le Bureau pan-américain sanitaire.

L'article 7 de la convention, tout en reconnaissant ces organismes, précise qu'il n'y a nullement lieu de les substituer à l'Office international d'hygiène publique.

La présente convention apporte une aggravation des dispositions prévues par celle de 1912 ; mais en revanche, elle est plus précise sur la durée d'application des mesures de la défense sanitaire.

De nouvelles dispositions relatives aux émigrants sont introduites (la section III). Nous tenons à reproduire les articles 21, 22 et 23 qui résument en quelques lignes les traits essentiels du statut sanitaire de l'émigration.

« Art. 23. — Il est recommandé que des arrangements spéciaux interviennent entre pays d'émigration, d'immigration et de transit, en vue d'établir les conditions auxquelles cet examen doit satisfaire, afin que soient réduites au minimum les possibilités de refoulement à la frontière des pays de transit et de destination, pour des raisons sanitaires ; il est également recommandé que ces arrangements fixent les mesures préventives contre les maladies infectieuses auxquelles devraient être soumis les émigrants au pays de départ.

Art. 22. — Il est recommandé que les villes ou les ports d'embarquement des émigrants possèdent une organisation hygiénique et sanitaire appropriée et, en particulier :

1° Un service de surveillance et d'assistance médicale, ainsi que le matériel sanitaire et prophylactiques nécessaires ;

2° Un établissement surveillé par l'Etat où les émigrants puissent subir les formalités sanitaires, être logés temporairement et être soumis à toutes les visites médicales nécessaires ainsi qu'à l'examen de leurs boissons et de leurs aliments ;

3° Un local situé dans le port, où seront effectuées les visites médicales au moment des opérations définitives d'embarquement.

Art. 23. — Il est recommandé que les navires à émigrants soient munis d'une provision suffisante de vaccin (antivaricelleux, anticholérique, etc.) pour pouvoir procéder si nécessaire aux vaccinations en cours de route. »

Une nouvelle modification est apportée dans la classification des navires : alors que la convention de 1912 avait adopté une classification des navires (en infectés, suspects et indemnes) en termes uniformes pour le choléra, la peste et la fièvre jaune, celle de 1926 envisage séparément chacune des maladies en question.

La convention prévoit des mesures prophylactiques contre le typhus exanthématique et la variole.

Les capitaines et les médecins du bord sont obligés de répondre à toutes les questions de l'autorité sanitaire sur les conditions hygiéniques de leur navire. Cette collaboration est indispensable et son absence est susceptible d'apporter de grandes difficultés à la bonne exécution des mesures prophylactiques.

Les vœux concernant la patente de santé sont condensés dans l'article 49 (sa gratuité, réduction des droits de chancellerie pour visas consulaires et enfin favoriser par des accords particuliers l'abolition des visas et de la patente de santé).

L'article 45 préconise pour chaque gouverne-

ment un seul tarif sanitaire applicable à tous les navires sans distinction de nationalité.

La nouvelle convention insiste plus que sa devancière sur la nécessité des services affectés à la dératISATION des navires dans les grands ports de navigation maritime.

Une nouvelle modification est apportée dans les durées de surveillance imposées aux voyageurs venant de régions contaminées : choléra (5 jours), peste (6 jours), fièvre jaune (6 jours), typhus exanthématique (12 jours), la variole (14 jours).

Le titre III a trait aux « Dispositions spéciales au canal de Suez et aux pays limitrophes » ; ses dispositions ne diffèrent pas beaucoup de celles de 1912. Le Conseil sanitaire maritime et quarantenaire d'Egypte est maintenu, quoique l'Egypte, qui a fourni un gros effort en vue d'organiser des services d'hygiène sur son territoire, eût souhaité d'être libérée de cet organisme international.

En ce qui concerne le golfe Persique, les réserves prévues à l'article 83 de la convention de 1912 sont supprimées.

Le titre III, qui est consacré aux « Dispositions spéciales aux pèlerins », reconnaît l'importance des vaccinations préventives contre le choléra et la variole et accorde une atténuation des mesures sanitaires aux pèlerins qui s'y sont soumis. Il n'est plus question du Conseil de santé de Constantinople, les prérogatives de ce Conseil concernant la réglementation du cabotage dans la mer Rouge sont accordées au Conseil d'Alexandrie.

Une nouvelle disposition concerne le chemin de fer de Hedjaz :

Art. 150. — Les gouvernements des pays traversés par le chemin de fer de Hedjaz prendront

toutes dispositions pour organiser la surveillance sanitaire des pèlerins dans leurs voyages aux Lieux Saints et l'application des mesures prophylactiques en vue d'empêcher la propagation des maladies contagieuses à caractère épidémique, en s'inspirant des principes de la présente convention.

En fait, c'est l'Angleterre qui doit assurer le contrôle sanitaire du pèlerinage de la Mecque.

Le titre IV est consacré aux « organes de surveillance et d'exécution ». Il n'envisage que le Conseil d'Alexandrie. En effet, le Conseil de santé de Constantinople avait disparu depuis la guerre et l'évolution nationaliste de la Turquie ; et le Conseil sanitaire international de Tanger ne trouvait plus sa raison d'être.

On devra noter avec satisfaction l'augmentation du nombre des délégués égyptiens au sein du Conseil d'Alexandrie (5 au lieu de 4) et le transport du service vétérinaire au gouvernement égyptien.

La Conférence sanitaire pour la navigation aérienne : Elle avait pour but la réglementation du contrôle sanitaire de la navigation aérienne. Elle aboutit à une convention qui fut signée à La Haye le 12 avril 1933.

*
* *

Les Conférences sanitaires ont atteint leur but, en ce sens qu'elles ont établi des barrières solides et difficilement franchissables contre les maladies pestilentiellles. En outre, elles ont réussi à remplacer certaines mesures rigoureuses et barbares, vexatoires et inutiles, par d'autres, beaucoup plus libérales.

Mais ces maladies continuent à faire des victimes dans leurs pays d'origine, les foyers perma-

nents sont toujours en activité et constituent une menace d'autant plus grande que les moyens de transport sont devenus beaucoup plus rapides.

Le moment n'est-il pas venu de passer à l'offensive, d'attaquer le mal à sa source en luttant contre les foyers endémiques ?

C'est une entreprise colossale et fort coûteuse, mais combien cette tâche est belle et humanitaire !

C'est la Section d'Hygiène de la Société des Nations qui devrait prendre l'initiative de convoquer une Conférence sanitaire internationale pour chercher les moyens pratiques et surtout pour trouver les crédits nécessaires pour cette vaste entreprise.

CHAPITRE II

LES MALADIES PESTILENTIELLES EN IRAN

Nous n'avons point la prétention d'étudier en détail un sujet aussi vaste que complexe ; notre ambition se borne tout au plus à donner une vue d'ensemble des grandes épidémies importées en Iran (1).

L'Iran, de par sa situation géographique, a joué un rôle important dans la marche des épidémies vers l'Europe. En effet, au cours du siècle dernier, le choléra a pénétré cinq fois en Europe et quatre fois sur cinq il est passé par l'Iran (les épidémies de 1823, 1830, 1847 et 1892).

D'autre part, la peste est introduite en Europe par le golfe Persique en 1899.

Le pays a très peu souffert de la peste, par contre il a payé un très lourd tribut au choléra, qui, au cours de ses multiples apparitions, a fait de grands ravages ; à tel point qu'on pourrait le considérer avec la variole comme les deux principaux facteurs de dépopulation de notre pays durant le siècle dernier et au début du xx^e siècle.

CHOLÉRA

Notre pays a été très souvent le théâtre des épidémies cholériques. Nous ne parlerons pas ici de

(1) Ceux qui s'intéressent particulièrement à ce sujet pourront consulter :

Abbas Khan Mirza Alamol-Molk : « Etude sur la peste en Perse », Thèse de Paris (1908).

Ali Khan : « Choléra en Perse, prophylaxie et traitement », Paris (1908).

Moayed-Hekmat : « Epidémiologie générale de l'Iran », Thèse de Paris (1937).

l'époque antérieure à 1821, époque sur laquelle nous n'avons pas de renseignements officiels. Il faut signaler l'épidémie de 1821 qui entra dans le golfe Persique (juin 1821), atteignit le littoral persan du golfe (Bender Bouchir) et de là prit le chemin des grandes villes. Il ravagea les provinces du sud et du sud-ouest, s'apaisa en hiver pour atteindre au printemps suivant les provinces du centre où il se cantonna pendant deux ans et se propagea dans les provinces caspiennes. Il gagna la Russie par Tiflis en mai 1823, et par Astrakhan, en septembre 1823, où il s'éteignit.

Enfin, les épidémies de 1829 et de 1846 étaient relativement moins importantes en ce sens que le choléra ayant pénétré en Iran par les frontières est et nord-est (Mawer et Meched) ne ravagea que les provinces du nord, le littoral de la Caspienne et les provinces d'ouest, notamment l'Ispahan. Ces deux épidémies gagnèrent l'Europe par la Russie (courant septentrional) et par la Turquie (courant méridional).

Toutes ces épidémies suivent une recrudescence de l'épidémie aux Indes. En effet, l'épidémie de 1921 tire ses origines de l'épidémie de 1917, celle de 1828 de celle de 1827 et enfin celle de 1846 de celle de 1844.

En 1851, le choléra pénétra de nouveau en Iran, resta plusieurs années dans les différentes régions de notre pays, sans se propager au dehors. D'après les documents fournis par l'administration ottomane, dans l'espace de onze ans, de 1851 à 1862, il s'était montré neuf fois (en 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 60 et 61).

Tholozan avait constaté l'existence du choléra pendant les années 65, 66, 67 et 68.

En 1869, le choléra fut importé en Iran, par

l'ouest ; il tirait ses origines de la fameuse épidémie de la Mecque (1865). Le choléra atteignit la plupart de nos provinces et M. le Professeur Proust, qui était en mission en Iran, constata sa présence à Kazvine.

L'épidémie fut particulièrement meurtrière, le choléra fit des ravages considérables et la mortalité à Téhéran fut assez forte. L'existence de la famine à cette époque peut être incriminée comme une cause adjuvante.

En 1890, le choléra fut importé en Iran par les deux voies maritime et terrestre. En effets, les ports du golfe Persique ainsi que Meched, centre du pèlerinage chiïte situé dans la province de Khorassan, furent infectés par le choléra, qui ne tarda pas à se répandre dans tout le pays. De Meched, il suivit le chemin plusieurs fois parcouru au cours des épidémies antérieures, pour atteindre Bakou (le 19 juin), d'où il se propagea avec une extraordinaire rapidité en Europe.

Le choléra fut en réalité importé à Meched en 1892, venant de Herat.

De Meched, il se propagea au Turkistan Russe, y suivit la voie ferrée pour atteindre la côte est de la Caspienne. Il pénétra à Bakou où il provoqua une émigration en masse des habitants qui disséminèrent la maladie dans toute la Russie où elle fit de très nombreuses victimes (200.000 environ)

En 1903, une grande épidémie éclata en Iran ; le choléra entra dans notre pays par deux chemins différents : les ports du golfe Persique et les provinces du sud-ouest (par les pèlerins iraniens revenant des Lieux Saints chiïtes de Mésopotamie).

Le choléra se répandit dans tout le pays, après avoir ravagé les provinces du sud et du sud-ouest, il atteignit Téhéran, où il sévit pendant trois mois

et demi et où il fit de très nombreuses victimes. On estime que le chiffre des décès n'a pas été inférieur à 70.000 (dans la ville seulement). Les habitants de la capitale en gardèrent un triste souvenir. Des centaines de maisons furent désertes, le choléra ayant emporté tous les habitants. On manquait de place dans les cimetières pour enterrer les morts, de sorte qu'on était obligé de les plaquer les uns au-dessus des autres, les derniers étant couverts d'une mince couche de terre.

De Téhéran, l'épidémie se propagea vers les provinces du nord, nord-est et du nord-ouest. Elle se montra particulièrement meurtrière à Tauris, dans la province d'Azarbaïdjan, où le nombre des victimes fut estimé à 400 ou 500 par jour (octobre 1904).

Enfin, le choléra pénétra en Russie et se propagea en Allemagne et en Autriche en 1905.

L'épidémie de 1903-1904 est la dernière grande épidémie du choléra en Iran. Les épidémies ultérieures à cette date furent moins importantes, moins extensives et par conséquent moins graves.

Il faut signaler en passant les petites épidémies qui apparurent de 1908 à 1914. Le choléra venant soit de l'Inde, soit de la Russie. Ainsi, le choléra qui existait en Russie en septembre 1909 (Bakou) fut importé à Astara, port iranien de la Caspienne, par les pêcheurs et ouvriers venant de Bakou. De même, le choléra qui était en Russie en juin 1910, fut introduit en Iran en août de la même année et infecta la région d'Ardébil, Azarbaïdjan, se propageant même jusqu'à Kalat, dans la province de Khorassan.

Le choléra apparut sur le littoral de la Caspienne en 1915, venant toujours de la Russie, il se propagea dans la province de Guilan (Astara, Pahlavi (Enzeli), Rasht, Mandjil, etc...).

En 1916, le choléra apparut dans les provinces de Guilan, de Mazenderan (à Barforouche), se propagea à Kasevine et Téhéran (quelques cas seulement) et atteignit Chah-Abdol-Azim, petit centre de pèlerinage situé à une dizaine de kilomètres au sud de Téhéran.

L'épidémie de 1917 est la plus importante des épidémies cholériques apparues après celle de 1903-1904. Le choléra pénétra dans la province de Mazandaran en juin 1917, où il se produisit 344 cas et 188 décès. Dans le rapport adressé au Conseil sanitaire on l'avait également signalé à Bander-Gaz (port iranien de la Caspienne).

Le choléra fut transporté par les pèlerins à Méched, centre du pèlerinage important situé au nord-est de l'Iran, où il fit 214 victimes. Le nombre des décès dans la province de Khorassan s'éleva à 308. De là, le choléra se dirigea vers le sud, infecta Sistan et Kerman (les provinces du sud-est), puis la province de Chiraz (Farse) et atteignit Khousistan (province du sud-ouest).

En 1918, le choléra fut de nouveau introduit en Iran, venant, cette fois encore, de Russie. On signala des cas dans la région nord-ouest (Tabriz, Azarbaïdjan, Zendjan, Mianadj, Ardébile, Kordesian, etc...), dans les provinces caspiennes. Il se propagea également dans les provinces du nord-est, par les pèlerins allant à Meched et atteignit même quelques provinces sur le plateau, poussant même jusqu'à Kerman et Yezd. Quelques cas suspects furent signalés à Téhéran.

Malgré l'apparition de l'épidémie dans des régions très éloignées des unes des autres, le nombre des victimes ne fut pas très élevé. Ce fait se justifia plus tard, quand on découvrit qu'il ne s'agissait pas du véritable choléra.

Des cas de choléra furent signalés en 1919 dans la région du nord-ouest et dans les provinces caapiennes.

En 1923, le choléra pénétra en Iran par l'est, venant de Mésopotamie, malgré les mesures rigoureuses prises par le Conseil sanitaire. En effet, le Conseil avait organisé un poste à Gassié-Chirine, ville frontière située sur la grande route de Bagdad à Téhéran. Les personnes qui voulaient entrer en Iran devaient présenter un certificat de vaccination contre le choléra. Il avait également établi une station de quarantaine. On retira les passeports aux pèlerins iraniens se rendant en Mésopotamie et le transport des cadavres fut interdit.

Cependant, le choléra réussit à pénétrer en Iran par le golfe Persique : Masdjed-Soleiman et Abadan (localités situées sur la rive orientale et près de l'embouchure du Chatt-el-Arab) et par la voie de Mésopotamie, par des personnes qui avaient pénétré en Iran par une route de montagne et qui avaient ainsi échappé au contrôle des agents sanitaires. Grâce aux mesures prises par les autorités responsables, l'épidémie fut localisée à certaines parties des provinces de Khousistan et Kermanchalan. On signala 911 décès à Abadan, 55 cas à Mohammarch, 2 cas à Nasserî et 2 cas à Masdjed-Soleiman.

En 1924, le choléra persistait encore à Khousistan.

En 1927, le choléra existait à Bagdad, il ne tarda pas à pénétrer en Iran, par Abadan (en juillet) ; il se propagea rapidement le long du Karoun, apparut à Ahwaz dans les premiers jours du mois d'août, mais fut arrêté dans sa marche par l'intervention énergique du gouvernement iranien.

L'épidémie ne dépassa pas la province de Khousistan ; le choléra, ayant pénétré par les ports

d'Abadan et de Mohammareh, contamina très rapidement les villes de Nasserî, Ahwaz, Choushter et Dezpoul, où il fut arrêté à environ 250 kilomètres de son point d'origine.

Notre gouvernement ne recula, il faut le reconnaître, devant aucun sacrifice pour arrêter la marche de l'épidémie.

Des médecins et des vaccinateurs furent envoyés en grand nombre sur les lieux. La vaccination fut pratiquée sur une très grande échelle et c'est bien grâce à elle que l'expansion de l'épidémie fut vite arrêtée. La population fut vaccinée en masse, la quantité du vaccin disponible fut ainsi épuisée ; mais dans le plus court délai on en fit venir par avion. 700.000 doses de vaccin furent envoyées sur les lieux et on inocula plus de 40 % des habitants des villes infectées et des régions voisines.

Des mesures quaranténaires furent prises à Gassré-Chirine ; les voyageurs furent soumis à une observation de cinq jours et à la vaccination obligatoire.

C'est ainsi que, grâce à l'établissement des barrières sanitaires et à la vaccination, on arriva à arrêter et étouffer complètement l'épidémie dans toutes les régions contaminées à la date du 25 octobre.

A cette date, quoique tout danger fût écarté, on continuait à vacciner et les mesures quaranténaires étaient en vigueur.

Dans une note présentée au Comité de l'Office international d'hygiène publique dans sa session d'octobre 1927, le D^r Thomson rend hommage aux efforts fournis par notre pays pour arrêter la marche rapide de l'épidémie :

« ... Généralement, l'épidémie a diminué graduellement d'intensité le long de la route et a fini par s'évanouir, vaincue par les difficultés et la lenteur des communications. Cette fois-ci, elle a été au moins contenue par l'intervention énergique des mesures essentielles de défense sanitaire, aussi bien dans la Perse que dans l'Irak. »

Et un peu plus loin :

« Les services sanitaires de la Perse méritent évidemment des félicitations pour les résultats qu'ils ont obtenus. »

L'épidémie cholérique de 1927 nous a fourni un nouvel exemple de l'heureuse influence de la purification des eaux de boissons et de ses effets salutaires.

En effet, à Abadan, sur 22.000 habitants environ qui ne consommaient pas de l'eau filtrée, il y eut 273 cas de choléra, alors que chez les 8.000 autres habitants qui buvaient de l'eau filtrée, il y eut seulement 8 cas de choléra.

Nous croyons devoir insister sur la nécessité d'entreprendre la purification des eaux de boisson dans ces régions, qui, faute d'une rigoureuse surveillance sanitaire, sont exposées à une contamination par les provenances de l'Inde.

La question de l'eau en Iran est d'ailleurs une question hautement nationale, qui réclame une solution urgente.

En 1928, il n'y a eu qu'un cas de choléra en Iran ou plus exactement dans le golfe Persique. c'est, en effet, le 14 juillet 1928 qu'on constata un cas de choléra dans l'île de Nengam. Les recherches faites sur place montrèrent qu'il ne s'agissait pas de choléra ; néanmoins l'administration générale de

l'Hygiène publique rétablit la visite médicale dans les ports du golfe Persique et envoya par avion des médecins et du vaccin anticholérique afin d'immuniser les habitants des pays menacés. 38.091 personnes furent ainsi vaccinées. Aucun cas de choléra ne se produisit ni à Hengam, ni dans d'autres localités depuis le 14 jusqu'au 24 juillet 1928. Les mesures de quarantaine contre Nengam furent suspendues le 25 juillet.

Enfin, la dernière épidémie du choléra en Iran date de 1931. Des cas de choléra se déclarèrent dans les ports du golfe Persique : Abadan, Ahwaz et Mohammerah. Des cas observés au mois d'octobre n'étaient pas confirmés, sauf un cas qui se produisit le 24 octobre à Mohammareh et fut bactériologiquement confirmé. C'est à Ahwaz qu'on observa le plus de cas (122 cas et 87 décès jusqu'au 7 novembre). Les mesures utiles furent prises. Cependant, on signala le choléra dans la ville de Khorramahad, localité située à 330 kilomètres au nord d'Ahwaz (le 21 novembre). Du 21 au 28 novembre, on observa 18 cas et 10 décès dans cette localité. Les ports du golfe Persique n'avaient plus de choléra : Mohammareh depuis le 7 novembre, Abadan depuis le 21 novembre, Ahwaz-ville depuis le 20 novembre. Dans les villages situés aux environs d'Ahwaz, le choléra persista jusqu'au 8 décembre (37 cas et 31 décès du 29 novembre au 5 décembre).

Du 29 novembre au 5 décembre, on observa 80 cas et 65 décès à Khorramabad. Du 6 au 12 décembre, il y a eu 45 cas et 30 décès dans la même localité et enfin aucun cas ne fut observé à Khorramabad depuis le 20 décembre. La province de Khouzistan fut déclarée indemne le 23 décembre et aucun cas

ne s'étant manifesté, depuis le 20 décembre, tout le territoire fut déclaré indemne le 27 décembre.

Le nombre total des cas et décès au cours de cette épidémie a donc été :

1) Khoustistan : 208 cas et 165 décès à Ahwaz et ses environs, à Abadan et à Mohammareh.

2) Lorestan : 146 cas et 155 décès à Khorramabad.

Tel est le triste bilan de la dernière épidémie de choléra en Iran. Depuis le 20 décembre 1931 jusqu'à ce jour, aucun cas de choléra n'a été signalé dans tout le territoire. Les mesures sanitaires ont donc réussi à barrer la route à une maladie redoutable qui avait causé en Iran, depuis le commencement du xix^e siècle seulement, la mort de plusieurs centaines de milliers d'individus. Cette tâche était d'autant plus ingrate que le choléra nous venait de tous les côtés, aussi bien par nos frontières maritimes que par nos frontières terrestres. Nous sommes heureux de constater que ce résultat fut obtenu par nos propres moyens. En effet, les Conférences sanitaires internationales tentèrent vainement d'assurer notre défense sanitaire, car les résolutions prises, devant être exécutées par le gouvernement ottoman et le Conseil supérieur de santé de Constantinople, ne trouvèrent même pas un commencement d'exécution.

De l'étude des différentes épidémies cholériques en Iran, il ressort que le choléra n'a pas été endémique dans notre pays. Chacune de ses multiples apparitions est consécutive, secondaire à une épidémie régnant au dehors. Sa disparition, depuis que notre pays est bien protégé contre les importations cholériques, en constitue une autre preuve.

LA PESTE

La plupart des épidémies de peste observées en Iran sont d'origine exotique. Le plateau de l'Iran, d'ailleurs, a joui au cours des différentes épidémies d'une certaine immunité à l'égard de la peste. Nous étudierons ici les épidémies de peste importées en Iran depuis le début du xix^e siècle.

D'après les travaux de Tholozan et Schindler, la peste apparut en Iran en :

1829. — Ourmiak-Maragha.

1830. — Tauris.

1831. — Tauris, Ardebil, Kurdistan, Zenjan, Guilan, Mazanderan, Khorassan, Téhéran (quelques cas seulement), Hamadan, Kirmanschah, Chouster, Dizfoul, Chiraz, Bouchir.

Aucun cas à Koum, Kachan et Ispahan.

1834-1835. — Ardebil, Tauris, Zenjan, Astabad, Kirmanschah.

1870. — Sud du lac Ourmiah (jusqu'en septembre 1871).

1876. — Chouster, Jajerme (Khorassan), Sharud (mi-chemin entre Téhéran et Meched).

1877. — Recht (2.000 décès), Hamadan (4 décès), Jovein (dans la province de Khorassan) 37 décès.

1877-1878. — Nord du Caucase, Kurdistan.

1880. — Ourmiah.

1881. — Jovein (Khorassan, décembre), Kurdistan.

1882. — Kurdistan, Khorassan, Nord de Nichabour et nord de Méched.

1883. — Kurdistan, Kandahar (décembre).

1884 (novembre) à février 1885. — District de Hamadan.

1887. — Meched, Khorassan.

Dans ce tableau, qui fut dressé par le général Schindler, d'après divers documents, notamment « l'Histoire de la peste bubonique en Perse » et « La peste au Caucase, en Perse, en Russie », par Tholozan, on ne trouve aucune mention de l'épidémie de Makou (petit district montagneux dans la province de Kurdistan). Cette épidémie se montra à Makou vers la fin de 1863. En 1874, le Dr Tholozan, l'éminent médecin français qui pendant son séjour en Perse a publié plusieurs ouvrages sur les maladies pestilentiellles, écrivait, dans son livre sur l' « Histoire de la peste en Perse », que la peste n'a jamais sévi à l'état endémique dans le pays. Cependant, on a décrit deux foyers d'endémie dans la seconde moitié du xix^e siècle :

Le foyer de Kurdistan : dans les montagnes de Kurdistan, au nord-ouest de l'Iran ; et le foyer de Khorassan, au nord-est.

Il faut noter que le Kurdistan devint un foyer d'endémie à partir de 1870.

Quant au foyer de Khorassan, il fut entretenu très vraisemblablement par les pèlerinages chiïtes de Meched.

Tholozan pense que le foyer originel de la peste doit être placé au dehors, dans la partie la plus septentrionale et la plus élevée du bassin de l'Euphrate, sur les confins de la Russie, au Caucase.

Enfin, on est unanime à reconnaître que les foyers de l'Iran doivent être considérés comme des foyers secondaires et temporaires. Il s'agirait là de ce que M. le Professeur Tanon a appelé des foyers

de relai, des foyers occasionnels qui paraissent avoir été en activité pendant une période limitée dans le cours du XIX^e siècle.

Un fait qui mérite d'être signalé, c'est que la plupart des apparitions de peste en Iran suivaient les épidémies qui avaient éclaté dans les pays voisins, en Mésopotamie, Turquie, Caucase et le Turkestan russe.

En effet, depuis 1802 jusqu'à 1828, la peste fut observée vingt fois en Asie Mineure et c'est en 1829 qu'elle apparut à Ourmiah et Maragha (précisément au nord-ouest de l'Iran, près de la frontière turco-persane) ; de là elle s'étendit à Tabriz en 1830 et gagna presque tout le pays, sauf quelques provinces qui ont paru être toujours indemnes au cours des différentes épidémies : Koum, Ispahan et Kachan.

De 1840 à 1843, la peste existe à Erzeroum, en Arménie ; en 1856 et 1867, elle est en Mésopotamie, et c'est en 1870 qu'on l'observe au sud du lac d'Ourmiah.

C'est vraisemblablement au Caucase qu'on doit trouver l'origine de l'épidémie de Makou (1863), dans le Kurdistan.

En 1874 et 1875, on trouve la peste en Mésopotamie, c'est en 1876 que Chouster est atteint (ville située dans la province de Khousistan, au voisinage des régions contaminées).

En 1876, la peste est à Bakou et ce n'est que l'année suivante qu'elle apparaît à Recht (ville située à quelques kilomètres de la Caspienne), où elle cause 2.000 décès sur 15 ou 20.000 habitants, elle atteint Hamadan (4 décès) et Jovein (dans la province de Khorasan) 37 décès.

De 1877 à 1879, la peste fut observée à Astrakan et dans des villages sur la Volga et en 1879 elle

existe à Erivan et Bayazid (villes proches de la frontière russo-persane) ; c'est en 1880 que le district d'Ourmiah est infecté.

De 1884 à 1885, la peste est signalée aux environs de Bagdad, en Mésopotamie, et c'est de novembre 1884 à février 1885 que le district de Hamadan se trouve infecté.

Enfin, de 1885 à 1886, la peste est à Merve (ville du Turkestan russe au nord-est de l'Iran) et c'est en 1887 qu'on l'observe à Meched, Khorassan, c'est-à-dire précisément la province de l'Iran qui touche le Turkestan russe (1).

Nous venons de voir que les apparitions de peste en Iran ont suivi d'une façon significative les épidémies qui avaient éclaté au Caucase, en Mésopotamie, Turquie et au Turkestan russe.

Cette constatation nous porte à croire que les foyers ont existé au dehors. Les foyers de Kurdistan et de Khorassan ne doivent pas être envisagés comme des foyers véritables. Leur activité fut d'ailleurs éphémère. Ces foyers ont été calmes depuis plus de 50 ans.

Enfin, de 1888 jusqu'à la fin du xix^e siècle, la peste fut signalée aux environs de Marivan en 1889 ; à Mahi-Dashte (dans la province de Kermanschahan)

(1) On admet généralement que c'est le Khorassan qui fut le point de départ de l'épidémie de Merve. Mais, d'après l'extrait fait par le général Schindler des épidémies de peste au cours du xix^e siècle, extrait que nous avons reproduit en partie, mais qu'on pourrait consulter *in extenso* dans « La défense de l'Europe contre la peste » de Proust ; l'épidémie de Merve est antérieure à celle de Meched. Cet extrait fut établi d'après des documents dignes de confiance. Et c'est pourquoi on est en droit de se demander si la peste ne fut pas importée dans le Khorassan et à Meched par les pèlerins venant du Turkestan russe.

en 1890 ; sur la frontière turco-persane en 1896 et dans le golfe Persique, à Bouchir et à Lengueh, en 1889 ; Bouchir étant très vraisemblablement infecté par les provenances de Bombay.

En 1904, la peste fut signalée à Laristan, venant de Lingah, port iranien du golfe Persique.

En 1905-1906, une importante épidémie de peste fut observée à Sistan, province de l'Iran touchant l'Afghanistan. Le premier cas avait éclaté à Naïzar le 8 janvier 1906 d'après l'information envoyée au Conseil sanitaire de Téhéran. Celui-ci intervint énergiquement et parvint à empêcher la contamination d'autres provinces. L'épidémie fut complètement éteinte en août 1906. En effet, aucun cas ne fut observé depuis le 23 août 1906. On signala 1.409 décès environ.

La peste était très vraisemblablement introduite à Sistan dans un paquet de vieux habits apportés de l'Inde.

En 1907, une forte épidémie sur les îles de Bahrein ; la peste fut importée à Bouchir et à Lingah.

En 1909, la peste fut signalée à Bahrein (îles iraniennes du golfe Persique), au mois de mai (une vingtaine de cas. Quelques cas furent signalés à Astara, infecté par les provenances de Bakou.

En 1910, quelques cas de peste furent observés à Bouchir (5 environ).

Une épidémie de peste fut signalée sur notre littoral du golfe Persique en 1911. A Bouchir, 118 cas dont 98 décès. Lingah (18 décès). L'épidémie était plus importante à Bahrein, 205 décès en mai, 300 en juin et enfin 110 en juillet.

L'épidémie fut éteinte à Bahrein au début d'août (le 11 août 1911. Légation de Belgique à Téhéran). L'Empire fut déclaré indemne.

En 1912, la peste fut signalée dans nos ports

du golfe Persique ainsi qu'à Sheikh-Djam, dans la province de Khorassan.

A Bouchir la peste apparut en février (7 cas). Du 12 mars au 9 mai (406 cas avec 289 décès). Dans la semaine se terminant le 16 mai, 80 cas avec 71 décès. Un cas de peste fut observé à Mohammareh en avril.

En 1913, une épidémie de peste fut signalée dans le Khorassan parmi certains nomades, et disparut avec eux, quand ceux-ci émigrèrent vers le sud. Quelques cas de peste furent également constatés dans la province de Kermanchahan.

Jusqu'à 1924, date d'apparition de la dernière épidémie, la peste a paru à plusieurs reprises sur le littoral iranien du golfe Persique :

1917 à Mohammareh.

1923 à Mohammareh, 71 cas, 43 décès.

1923 à Abadan, 481 cas, 409 décès.

En 1924, la peste infecta presque tous nos ports du golfe Persique. L'épidémie dura de janvier jusqu'en mai, malgré les mesures prises contre elle. Le nombre des cas diminua nettement quand on commença à attraper les rats. En effets, alors qu'au mois d'avril, on avait constaté 121 cas de peste, au mois de mai, on ne constatait que 11 cas pendant la première semaine et un cas seulement durant la deuxième semaine. Or, c'est précisément au mois d'avril qu'on commença à attraper les rats (entre le 16 avril et le 9 juillet on tua 12.158 rats. 500 pièges et 550 kg. de carbonate de barium furent employés). En outre, 4.534 inoculations furent effectuées.

Mohammareh, Bouchir, Bender-Abbas et Ababan furent infectés par la peste. On signala 352 cas et 214 décès au cours de l'épidémie de 1924 ; 149 cas à Mohammareh et 119 à Abadan.

On constate que les différentes épidémies de peste se sont surtout manifestées sur le littoral du golfe Persique, dans les provinces caspiennes, au nord-est ainsi qu'au nord-ouest. Les provinces du centre furent souvent épargnées au cours des différentes épidémies. Cette immunité du plateau de l'Iran trouve son explication dans la répartition géographique des rats en Iran.

En effet, sur le plateau de l'Iran, on ne trouve pas de rats, mais on y rencontre deux espèces de souris, une espèce habitant les maisons (*Mus-Musculus*) et l'autre espèce les champs (*Avricola Argestis*). Et c'est cette absence de rats qui explique l'immunité dont a joui le plateau de l'Iran, à l'égard de la peste. On trouve aussi dans la plaine une espèce de gerboise.

Par contre, on trouve le *Decumanus* sur le littoral du golfe Persique, à Bouchir, à Bender-Abbas, ce qui explique la fréquence des cas de peste dans nos ports du golfe Persique, ainsi que sur le littoral de la Caspienne.

En Khorassan, on trouve des marmottes voisines du tarbagane de Mandchourie.

Les puces recueillies sont du genre *Pulex Irritans* et *Pulex Canis* et quelquefois *Xenophylla cheopis*.

La peste fut importée en Iran par différentes voies ; comme pour le choléra, nous nous contenterons de dire qu'elle pénétra en Iran de tous les côtés, aussi bien du nord que du sud ainsi que de l'est et d'ouest.

Enfin, on peut affirmer qu'actuellement il n'y a pas de foyer de peste en Iran. Les foyers de Kurdistan et de Khorassan paraissent avoir été en activité pendant une période limitée, dans le cours du XIX^e siècle.

*
**

L'Iran a été et reste indemne de

*
**

LE TYPHUS EXANTHÉMATIQUE

Le typhus est connu en Iran depuis longtemps. Les premières descriptions de ce typhus ont été données il y a 1.000 ans par les médecins iraniens Rhazès et Avicenne.

Cependant l'étude du typhus en Iran est soumise à une difficulté, car nos vieux médecins ont employé d'un même mot pour désigner cette fièvre typhoïde.

De même que pour le choléra et la peste, nous étudierons la période qui s'étend du 19^e siècle jusqu'à ces dernières années.

Le typhus a souvent accompagné la famine. C'est ainsi qu'au début du 19^e siècle le typhus fit son apparition parmi les troupes venues du Caucase et pénétra ensuite en Iran.

On a signalé une épidémie importante en 1871.

Enfin, au début de 1918, lorsque la peste parut en Iran, le typhus ne tarda pas à se manifester et causa une grande mortalité.

Actuellement, le typhus est endémique dans certaines provinces de l'Iran : Meched, Isfahan, Hamadan et Kachan.

Près de 1.200 cas de typhus ont été signalés en 1932, comme en 1931 et 1934. En 1935, le typhus est en régression notable : 327 au lieu de 1.200 en 1932. Cependant, le taux de léthalité est anormalement élevé : 20,9 % contre 5,6 % en 1931.

En 1935, on a signalé 619 cas de typhus, dont plus de moitié s'étaient produits dans l'Azarbaïdjan, au nord-ouest du pays, dont Tabriz paraît être le principal foyer endémique.

En 1936, on a observé 199 cas de typhus avec 57 décès.

Enfin, le nombre des cas de typhus signalés en 1937 s'élève à 111 et le chiffre des décès atteint 18.

Le typhus est donc en régression en Iran. Alors qu'en 1931 on avait observé 1.200 cas de typhus en Iran, en 1937 on n'en signala que 111. Ce résultat est le fruit des efforts entrepris par l'administration générale de l'Hygiène publique de l'Iran, pour limiter et étouffer la maladie.

Le typhus existe dans quelques provinces de l'Iran, mais ses principaux foyers sont à Meched (dans la province de Khorassan) et plus particulièrement dans les régions élevées et froides d'Azarbaïdjan, dont Tabriz semble être le principal foyer endémique. C'est donc à Meched et surtout à Tabriz qu'il faut lutter avec acharnement contre typhus, afin de pouvoir remporter une victoire définitive. La vaccination et les mesures antiparasitaires devront y être pratiquées sur une grande échelle.

LA VARIOLE

La variole était, autrefois, bien connue en Iran. La première mention médicale de la variole est due à notre médecin Rhazès (1), au cours du ix^e siècle. La maladie était très grave et très commune dans notre pays. Le nombre de ses victimes s'élève à plusieurs millions. En effet, si on envisage uniquement l'époque qui s'étend du début du xix^e siècle jusqu'à 1909, date de l'institution du service de vaccination, on pourrait estimer à plusieurs centaines de mille le nombre des décès causés par la variole et à plusieurs milliers le nombre des aveugles...

A ce sujet, le D^r Schneider, fondateur et premier président du Conseil sanitaire de Téhéran, s'exprimait ainsi :

« ... Et, cependant, il meurt chaque année, en Perse, de 50.000 à 100.000 personnes tuées par la variole, et il se produit plusieurs milliers d'aveugles par suite de cette affreuse maladie.

« Ces décès et ces infirmités représentent une énorme perte pour l'Etat, en raison de la disparition prématurée d'individus, qui auraient produit un travail utile et payé des impôts, et de la charge incombant au pays par l'entretien de nombreux mendiants frappés de cécité... »

Nous ne saurions donner un aperçu des diffé-

(1) Rasi, dans son livre de Havié-Kâbir.

rentes épidémies de variole dans la période que nous avons envisagée pour l'étude des maladies pestilentielles en Iran ; la variole a régné continuellement, chaque année et toute l'année.

Depuis l'institution du service de vaccination, les épidémies sont devenues de plus en plus rares, et pour ma part, je suis persuadé que sa disparition définitive en Iran est beaucoup plus proche qu'on ne pourrait le croire.

En 1922-23, une épidémie de variole causa 270 décès à Téhéran (du 21 mars 1922 au 21 mars 1923).

Du 21 mars 1923 au 21 mars 1924, la variole a été la cause de 41 décès à Téhéran.

Du 16 au 19 octobre 1929, 75 cas de variole ont été déclarés, dont 57 à Chiraz. A Chiraz et à Mechez, les malades furent isolés et soumis à la vaccination. Les mesures de désinfection furent prises également et 41.000 doses de vaccin furent distribuées dans les provinces dans la semaine du 13 au 19 octobre.

La lutte contre la variole à Chiraz a été bien organisée. En effet, dès l'apparition des premiers cas, le service sanitaire local prit des mesures nécessaires contre la maladie. L'administration générale de l'Hygiène publique, afin de renforcer les cadres locaux, envoya sur place une mission spéciale de médecins et d'infirmiers-vaccinateurs, avec une quantité suffisante de vaccins. Douze postes supplémentaires de vaccination antivariolique furent ouverts à Chiraz et tous les médecins de la ville furent requis d'effectuer tous les jours, dans leur clinique, la vaccination gratuite. Cela fit 34 postes de vaccination. En outre, 12 vaccinateurs ambulants parcouraient chaque jour tous les quartiers de la ville et

pénétraient dans les maisons pour y vacciner des habitants non encore vaccinés.

Tant en ville que dans les environs, une campagne énergique de vaccination antivariolique fut menée sans relâche.

Du 3 novembre au 14 décembre, 143.225 doses de vaccin antivariolique furent distribuées dans les provinces, dont 15.250 à Chiraz.

C'est ainsi qu'à la suite des mesures énergiques prises à Chiraz et à Meched et de la vaccination publique et gratuite dans ces localités, aucun cas nouveau ne se produisit à Chiraz depuis le 7 janvier et à Meched depuis le 21 janvier 1930. Ces villes furent déclarées indemnes de variole à l'expiration de la période d'incubation.

Dans ces dernières années, la variole s'est présentée sous forme sporadique dans les villes, avec de temps en temps des bouffées épidémiques.

A Téhéran, cependant, la maladie a sévi à l'état endémique depuis le milieu d'avril jusqu'au milieu d'août 1932, épidémique jusqu'en février 1933, pour redevenir endémique à partir de cette date. Sur les 1.420 cas enregistrés en 1932 dans l'ensemble du pays, 731 l'ont été à Téhéran. La proportion a été similaire pour les décès, 388 sur 601.

Pendant les 5 mois du 28 août 1932 au 29 janvier 1933, l'épidémie causa à Téhéran 754 cas avec 391 décès, soit une léthalité de 52 %.

Il y a lieu de signaler, en outre, une épidémie de 93 cas et 76 décès en avril-mai, dans la région de Borazdjan, et, en même temps, à Chiraz avec 144 décès connus.

Du 21 mars 1932 au 20 mars 1933 (l'année 1311), on a enregistré dans tout le pays 1.745 cas de variole avec 809 décès. Durant cette période,

702.266 vaccinations furent pratiquées par 539 médecins vaccinateurs.

La variole a notablement diminué de fréquence en 1933 par rapport à 1932, et en 1934 par rapport à 1933. En effet, en 1933, on ne relève que 787 cas de variole avec 387 décès et en 1934, on n'a enregistré que 203 de variole avec 42 décès.

Cette régression est en parallélisme avec l'augmentation du nombre des vaccinations : du 21 mars 1933 au 20 mars 1934, 908.388 vaccinations furent pratiquées, soit un excédent de 106.112 vaccinations sur l'année 1311. Ces chiffres sont encore au-dessous de la réalité, car ils indiquent seulement les vaccinations faites par les médecins vaccinateurs et ne tiennent pas compte des vaccinations effectuées par les médecins praticiens, dans l'armée et à l'Institut Pasteur de Téhéran.

Notre Institut vaccinogène a fourni, au cours de l'année 1311 (du 21 mars 1932 au 20 mars 1933), 1.667.769 doses de vaccin, dont 1.259.050 doses furent délivrées à l'administration générale de l'Hygiène publique pour être distribuées aux médecins vaccinateurs. Ces chiffres furent presque doublés l'année suivante : sur 3.178.845 doses de vaccin préparées, 2.644.645 furent distribuées aux médecins vaccinateurs par l'administration générale de l'Hygiène publique.

Ces chiffres nous expliquent aisément la régression de la variole en Iran, au cours de ces dernières années, et les résultats obtenus nous autorisent à prévoir sa disparition définitive pour un proche avenir.

En 1935, on signala 91 cas de variole avec 29 décès.

En 1936, on a enregistré 82 cas avec 24 décès.

Enfin, en 1937, on ne signala plus que 35 cas de variole, sans aucun décès.

Ces chiffres ne justifient-ils pas suffisamment notre espoir de voir disparaître bientôt et d'une façon définitive de notre pays cette maladie redoutable et meurtrière, qui, dans le passé, a fait chez nous d'innombrables victimes ?

La vaccination antivariolique

L'institution du service de vaccination en Iran est l'œuvre du Conseil sanitaire de Téhéran. C'est grâce aux inlassables efforts du D^r Schneider, fondateur et premier président du dit Conseil, que le roi approuva la création d'un Institut vaccinogène à Téhéran, en 1905.

Ce n'est qu'en 1909 que le service de vaccination fut institué grâce aux démarches du D^r Emir Khan (1), secrétaire général du Conseil sanitaire ; mais son fonctionnement régulier date de 1911.

L'Institut vaccinogène, qui fait actuellement partie de l'Institut Pasteur de Téhéran, a rendu un grand service. Le nombre des décès causés par la variole, qui variait de 50.000 à 100.000 par an avant sa création, est tombé à 0 en 1937 ; le nombre des cas de variole pour la même année n'a atteint que 35.

Les doses de vaccin antivariolique fournies par cet Institut sont assez importantes. Elles ont suivi une progression constante, particulièrement frap-

(1) Son Excellence, le D^r Emir Aalam, professeur à la Faculté de Médecine de Téhéran, fondateur de la Société du « Lion et Soleil rouge » (la Croix-Rouge iranienne). Nous tenons à lui exprimer notre profonde gratitude pour les précieux renseignements qu'il a bien voulu nous communiquer pour la réalisation de cette thèse.

pante au cours des années 1311 et 1312. Nous avons vu qu'alors qu'en 1311 (du 21 mars 1932 au 20 mars 1933), on avait préparé 1.667.769 doses de vaccin, l'année suivante ce chiffre fut largement dépassé et on prépara 3.178.845 doses de vaccin.

I. — Procédés d'insertion du vaccin

Pour pratiquer la vaccination, on se sert de vaccinostyle, ou, à son défaut, d'aiguilles ou de lancettes.

On fait des scarifications superficielles, n'intéressant que l'épiderme, au nombre de trois, dans la région deltoïdienne du bras gauche et parfois à la partie moyenne et externe de la jambe ou de la cuisse (chez les femmes).

La longueur des incisions varie de un à deux millimètres environ, de manière que les pustules soient circulaires.

Ces incisions laissent entre elles une distance de 2 à 3 centimètres, de manière à ce que le champ d'inoculation forme un triangle d'environ 2 à 3 centimètres de côté, le point inoculé se trouvant situé à chacun des angles.

Le champ vaccinal est nettoyé avant la vaccination par l'éther ou l'alcool ou à leur défaut par le savonnage.

On n'applique pas de pansement après la vaccination ; on attend une dizaine de minutes avant de recouvrir le champ vaccinal avec les vêtements.

II. — Concentration et virulence de la lymphe vaccinale

On n'emploie que la lymphe nettement active ; si elle ne l'est pas, elle est rejetée.

Le contrôle de la virulence de la lymphe se fait

par les essais sur la peau du lapin (méthode Calmette-Guérin) et par les résultats obtenus dans le service de vaccination de l'Institut Pasteur, principalement chez les enfants.

Le contrôle du nombre de germes étrangers dans la lymphe se fait par l'ensemencement sur agar-agar de quantités déterminées de lymphe.

La lymphe est distribuée à la dilution de $1/3$ dans la glycérine.

Quant à la quantité de lymphe nécessaire pour une vaccination, on compte 0 gr. 01 par dose, mais pratiquement la quantité de vaccin contenue dans les tubes est supérieure à 0 gr. 01 par dose.

III. — Revaccination

D'après le règlement, la revaccination doit être pratiquée au bout de 5 ans. Cet intervalle paraît suffisant en temps normal et on ne songe pas à le réduire ou l'augmenter.

La proportion de succès dans les revaccinations est variable suivant l'intervalle entre deux vaccinations.

La vaccination antivariolique est obligatoire en Iran :

peu après la naissance ;

de 6 à 7 ans (les enfants ne pouvant être admis à l'école que sur présentation d'un certificat de vaccination) ;

de 12 à 13 ans et de 19 à 21 ans.

Avant de terminer ce chapitre, nous voudrions insister sur les grands services que le vaccin sec peut rendre dans les pays chauds. Nous croyons qu'il y aurait grand intérêt à ce que l'Institut Pasteur de Tébérân prépare ce vaccin en quantité suffisante pour les besoins de nos provinces du sud.

CHAPITRE III

L'IRAN ET LES CONFÉRENCES SANITAIRES

La participation de notre pays à ces Conférences date de 1866, c'est-à-dire de la Conférence de Constantinople.

Le choléra ravageait constamment l'Iran. Dans l'espace de 11 ans, de 1851 à 1862, il s'était montré neuf fois (en 51, 52, 53, 55, 56, 57, 58, 60 et 61) (1). Il régnait encore dans le pays, pendant que la Conférence de Constantinople cherchait les moyens de le combattre. C'est pourquoi la Conférence l'avait placé un instant parmi les pays où le choléra pouvait être endémique. Ce n'était qu'une grave erreur basée sur la fréquence des épidémies cholériques en Iran.

La Conférence de Constantinople n'aboutit pas à une convention, mais deux résultats pratiques couronnent ses efforts :

I. — L'application par l'Angleterre et la Turquie d'une partie de ses recommandations.

II. — Mission du Professeur Proust en Russie et en Perse.

C'est cette dernière partie que nous allons étudier.

La Conférence de Constantinople, cherchant

(1) D'après les documents fournis par l'Administration ottomane.

surtout à éviter de nouvelles invasions du choléra en Europe, avait tracé les mesures que la Russie devait appliquer pour se protéger du côté de la Perse. Le premier objet de la mission Proust était d'étudier sur place les mesures prises par le gouvernement russe pour s'opposer à une nouvelle invasion.

Le gouvernement russe avait d'excellents projets qui, malheureusement, n'étaient que partiellement réalisés. Ceci n'échappa d'ailleurs pas au Professeur Proust qui signala dans son rapport la carence de la défense sanitaire russe (1).

Mission en Perse
(1869)

La Conférence de Constantinople avait conseillé la création, à Téhéran, d'un Conseil de santé composé de délégués étrangers et de fonctionnaires persans, Conseil qui devait être l'analogue de celui de Constantinople.

Ce Conseil avait été institué en principe, mais ne fonctionnait pas très régulièrement, et le droit de vote lui avait toujours été refusé, malgré l'insistance du délégué sanitaire français et l'intervention du ministre de France.

Demander un fonctionnement régulier de ce Conseil, obtenir le droit de vote, amener le gouvernement persan à s'associer sérieusement aux efforts de l'Europe pour la lutte contre le choléra, tels étaient les points essentiels de la mission Proust.

Le Professeur Proust obtint satisfaction sur

(1) « La Russie n'est donc nullement protégée du côté d'Astrakhan. » « Bakou ne possède en ce moment qu'une ancienne quarantaine, aujourd'hui presque en ruines. »

tous les points, mais fort malheureusement la plupart des promesses faites par le gouvernement persan ne purent être réalisées.

Pour le droit de vote, il se heurta à une certaine résistance qu'il arriva à vaincre après de longues négociations.

Quels étaient les arguments invoqués par le gouvernement de Téhéran ?

Celui qui nous paraît avoir plus de valeur est celui-ci : « Vous n'avez pas le droit de voter dans le Conseil de santé de Téhéran comme dans celui de Constantinople ; en le faisant, vous vous immisciez dans les affaires de la Perse, et cela d'autant plus à tort que l'intégrité de la Perse n'est pas garantie par les puissances comme celle de l'Empire Ottoman, et que le Conseil de Téhéran n'a pas à sa disposition un fonds international, comme celui de Constantinople. »

Cependant, le droit de vote fut accordé avec cette réserve qu'au Conseil de santé de Téhéran appartiendraient toutes les questions réellement internationales.

Le Professeur Proust fut reçu en audience par le roi, qui, à la fin, manifesta le désir de voir arriver en Perse, quelques années plus tard, une nouvelle mission, pour la rendre témoin de l'exécution complète des mesures sanitaires recommandées par son éminent hôte. Celui-ci reconnaît d'ailleurs la bonne volonté du gouvernement persan :

« La plupart des moyens dont le gouvernement français recommandait l'application ont déjà été inaugurés par le gouvernement de Sa Majesté. Un Conseil supérieur de santé a déjà été institué ; dans ce Conseil, les principaux médecins de la Perse ont été appelés et les délégués sanitaires étrangers ont

été invités à siéger. Ils se sont occupé des questions les plus importantes de l'hygiène privée et publique.

« ... Des médecins sanitaires ont été nommés dans les villes importantes de la Perse. Déjà cette institution a donné des renseignements d'une grande valeur... »

Mais, connaissant les possibilités financières de la Perse, on relève un peu plus loin une note pessimiste :

« ... Toutefois, malgré le droit de vote promis, malgré les assurances que m'a donné le gouvernement persan, il ne faudrait pas croire que le système sanitaire va être, à partir de ce jour, parfaitement organisé en Perse... »

« ... En effet, sans avoir le moindre doute sur la sincérité des engagements qui ont été pris, j'ajouterai que toutes les mesures qui entraîneront pour la Perse une dépense d'argent quelconque seront d'exécution bien difficile. A cet égard, il ne faut conserver aucune illusion... »

Cette remarque ne surprend guère ceux qui connaissent l'histoire de notre pays à cette époque. Il ne nous appartient pas de faire ici le triste bilan d'un règne qui fut fort néfaste pour le pays, mais nous croyons pouvoir y puiser une foule de circonstances atténuantes qui déchargent notre pays de la lourde responsabilité qui lui incombe dans la propagation du choléra vers l'Europe.

Il est incontestable que si la Perse n'a pas réussi à se protéger contre le fléau, ou n'est par parvenue à empêcher sa marche vers l'Europe au cours du siècle dernier, c'est qu'il lui était matériellement impossible de le faire.

Il est actuellement bien établi que l'hygiène

est une œuvre d'éducation et que la protection de la santé publique nécessite des dépenses souvent énormes pour les collectivités.

Comment était-il possible de lutter contre le choléra qui se réveillait presque chaque été, d'assainir le pays et de le doter de stations quaranténaires bien équipées avec un trésor vide ?

Où pouvait-on trouver les médecins et le personnel capable de diriger ces stations et d'organiser notre défense sanitaire, dans un pays qui ne possédait pas encore une école de médecine et où les études médicales étaient réduites à leur plus simple expression ?

C'est en tenant compte de ces considérations que le Professeur Proust posa la question des médecins sanitaires internationaux, payés par l'Europe, correspondant directement avec le Conseil de santé.

Cette proposition fut acceptée par la Perse, ce qui prouve que notre gouvernement avait parfaitement conscience de la gravité du mal ; et s'il ne pouvait malheureusement y porter aucun remède, c'est, comme nous venons de le voir, par manque d'argent et l'absence d'un personnel compétent. C'est pourquoi la proposition du Professeur Proust fut accueillie très favorablement sans aucune réserve.

La bonne volonté du gouvernement persan ne doit donc pas être mise en doute, mais elle ne pouvait pas à elle seule barrer la route au choléra qui fit de multiples apparitions en Iran, pour disparaître définitivement en 1931 grâce aux louables efforts entrepris dans ces dernières années, sous l'égide de notre grand Souverain, pour la protection de la santé publique.

La Conférence de Constantinople fut suivie de trois autres réunions qui n'aboutirent pas à une convention. Nous n'insisterons pas davantage sur la Conférence de Venise (1892) et celle de Dresde (1893), qui aboutirent toutes les deux à une conventions, pour aborder l'étude de la Conférence de Paris (1894), qui s'occupa spécialement de la protection du golfe Persique.

CONFÉRENCE DE PARIS

(1894)

Les deux grands points qui étaient l'objet des délibérations de la Conférence étaient la prophylaxie du pèlerinage de la Mecque et la protection du golfe Persique.

De son côté, la délégation austro-hongroise avait préparé, pour notre pays, un projet de réforme sanitaire. Nous étudierons successivement la protection du golfe Persique et le projet de réforme austro-hongrois.

Protection du golfe Persique

La protection du golfe Persique présentait un intérêt considérable pour éviter de nouvelles invasions du choléra en Europe. C'est pourquoi la délégation française l'avait inscrite au programme et le Professeur Proust, dans son excellent rapport, préconisait la nécessité d'une surveillance sérieuse sur le littoral du golfe Persique :

« ... Par suite de la proximité, par suite du nombre des relations maritimes, la côte orientale de la péninsule arabique et le littoral de tout le golfe

Persique sont les rivages les plus exposés à l'importation.

« L'épidémie cholérique de l'Irak-Arabi, de la Mésopotamie et de la Syrie en 1889, 1890 et 1891, la dernière épidémie de 1893 ont montré le danger de l'importation par le golfe Persique.

« Les voies de pénétration des épidémies dans ce golfe sont nombreuses et largement ouvertes, et cela, malgré la surveillance qui peut se faire à Bassorah, le seul port dans ces régions où il y ait un médecin sanitaire de l'Administration Ottomane.

« Il ya donc lieu d'établir sur le littoral du golfe Persique une surveillance sérieuse, analogue à celle que la Conférence de Venise a recommandé pour Suez, de préciser les points où doivent être établis les postes sanitaires et d'indiquer les autorités chargées d'appliquer les mesures... »

Où devait-on établir les postes sanitaires ?

C'est la Commission du golfe Persique qui fut chargée d'indiquer les points du golfe où on devait créer des postes sanitaires. Celle-ci s'inspira largement des conclusions du Professeur Proust et préconisa l'établissement des postes sanitaires aux points suivants :

1° A Faô ou à proximité de ce point : grand lazaret sur terre ferme avec service sanitaire complet ayant sous sa direction les postes sanitaires du golfe Persique mentionnés ci-dessous ;

2° Petit lazaret dans l'un des deux îlots ottomans Salahiyé ou Yilaniyé, situés près de Bassorah, pour surveiller les individus qui auraient échappé à la visite de Faô ;

3° Maintien du poste sanitaire existant actuellement à Bassorah ;

4° Installation d'un poste sanitaire dans la baie de Koweit, pour surveiller l'état de la santé qui est facilement compromise par les rapports très suivis de ses habitants avec Bahrein et autres points du golfe, ainsi que par le transport des cadavres par les pèlerins pour être enterrés dans les Lieux Saints des chiïtes, à Kerbela et autres ;

5° Poste sanitaire à Menama, chef-lieu des îles de Bahrein, point très important à cause des pêcheurs de perles qui y affluent de tout le littoral du golfe et d'au delà ;

6° Poste sanitaire à Bender-Abbas ;

7° Poste sanitaire à Bouchir ;

8° Poste sanitaire à Mohammerah ;

9° Poste sanitaire dans le port de Guadar (Belouchistan).

10 Poste sanitaire dans le port de Mascate (sur la côte ommane).

Faô, étant destiné à posséder un service sanitaire complet, on fut amené à envisager le renvoi des navires cholériques à cette station de tous les points du golfe Persique. Pour cela, une entente entre le gouvernement persan et le gouvernement ottoman était indispensable.

Quant au régime sanitaire applicable aux provenances maritimes, la Commission adopta le régime élaboré par la Conférence de Dresde, avec la recommandation de soumettre l'équipage et les passagers à une observation de cinq jours à compter de la date à laquelle le navire a quitté le port de départ.

Quelle est l'autorité qui sera chargée de la surveillance du golfe Persique ?

On se trouvait en face de deux propositions.

— Créer une autorité spéciale (proposition Proust).

— Confier cette tâche à la Commission mixte des tarifs.

La Commission écarta la seconde proposition et adopta la première en attribuant la surveillance à un Comité pris dans le sein du Conseil de Constantinople (1). Ce Comité devait être composé des trois représentants de la Turquie dans le Conseil de santé et des représentants dans le Conseil des Puissances ayant adhéré aux conventions de Venise (1892), de Dresde (1893) et de Paris (1894). La présidence du Comité devait être confiée à un membre ottoman ; ce qui n'empêcha pas la délégation ottomane de réserver son opinion sur le fond même de la proposition.

— Au moyen de quels fonds les mesures sanitaires prescrites seront-elles exécutées ?

D'après une entente antérieure intervenue entre le gouvernement turc et les puissances, les frais de construction, de réparation et d'entretien des lazarets étaient à la charge du Trésor Impérial, tandis que l'outillage, l'ameublement et le personnel étaient payés par le Conseil supérieur de santé de Constantinople.

La délégation ottomane proposa de consacrer une partie du fonds de réserve du Conseil de santé (qui s'élevait à 150.000 livres turques), ou tout au moins les intérêts des sommes réservées, à la construction des nouvelles stations. Cette suggestion ne

(1) « Sans être le Conseil de santé lui-même, une pareille autorité devra tirer de lui son origine et ses pouvoirs, en être pour ainsi dire l'émanation », M. Yacovlew, rapporteur de la Commission.

trouva pas l'approbation de la Commission, qui adopta la proposition suivante rédigée par la délégation française :

« En ce qui concerne les frais résultant du régime établi par la Conférence, la Commission estime qu'il y a lieu de maintenir l'état actuel au point de vue de la répartition des frais entre le gouvernement ottoman et le Conseil supérieur de santé de Constantinople, répartition qui a été fixée à la suite d'une entente entre le gouvernement ottoman et les Puissances. »

Cette proposition fut adoptée à l'unanimité, sauf par les délégués ottomans qui demandèrent à réserver leur vote jusqu'à une prochaine séance.

Notons enfin que la Perse et la Turquie devaient s'entendre pour la répartition des frais dans le golfe Persique. Les médecins de l'Administration sanitaire devaient être envoyés à Mohammerah, Bender-Abbas et Bouchir. Ces médecins et les agents persans formaient le personnel sanitaire des trois ports ; seuls les agents persans devaient être rétribués par le gouvernement persan.

Quelle fut l'attitude des deux pays riverains du golfe envers les résolutions prises par la Commission du golfe Persique ?

La délégation ottomane présenta quelques observations : S.M.I. le Sultan n'a ratifié la convention de Venise que sous la réserve « que cet acte ne porte atteinte tant aux règlements sanitaires actuellement en vigueur dans l'Empire ou à adopter à l'avenir, qu'aux mesures que le Gouvernement Impérial Ottoman pourrait prendre en temps d'épidémie à la suite des résolutions du Conseil supérieur de santé » ; en outre, le Gouvernement Impérial n'ayant pas ratifié la convention sanitaire de Dresde, la délégation ottomane croit devoir s'abstenir de vo-

ter les résolutions prises par la Commission du golfe Persique qui pourraient modifier notre régime sanitaire actuel.

« D'ailleurs ,le Gouvernement Impérial Ottoman, d'accord avec le Conseil supérieur de santé de Constantinople, n'entend appliquer dans les lazarets et les postes sanitaires que la Conférence compte établir dans le golfe Persique que les mêmes principes qui régissent les règlements sanitaires actuellement en vigueur dans l'Empire. »

Toute autre fut l'attitude du gouvernement persan, qui fit part de son entier consentement aux propositions de la Commission.

Le gouvernement ottoman avait sans doute des raisons qui lui dictaient une telle ligne de conduite, mais on ne saurait que déplorer son attitude.

Les résolutions de la Commission du golfe Persique n'avaient-elles pas pour but de protéger l'Empire Ottoman, l'Europe et la Perse contre l'importation du choléra ?

La Conférence de Venise ayant créé une barrière solide à l'entrée de la Méditerranée pour protéger l'Europe, l'attitude du gouvernement ottoman était surtout préjudiciable à l'Empire Ottoman ainsi qu'à notre pays.

Combien de vies humaines auraient pu être sauvées si le gouvernement ottoman avait adopté une attitude plus favorable, s'il avait apporté sa collaboration utile et enfin son appui efficace aux résolutions de la Commission ?

Par contre, le gouvernement persan apporta une collaboration franche et loyale et fit part de son entier consentement aux conclusions de la Commission. Malgré ses énormes difficultés financières, il accepta la part des dépenses que la protection du golfe Persique pouvait entraîner.

C'est le gouvernement ottoman qui était chargé de la construction des lazarets et des stations du golfe ; la Perse devait seulement verser la part qui lui revenait pour les stations de Mohammerah, Bouchir et Bender-Abbas.

Nous verrons plus loin que le projet de la protection du golfe Persique ne trouvera même pas un début d'exécution.

La réforme sanitaire en Perse

La délégation austro-hongroise déposa un mémoire concernant la situation sanitaire en Perse. Ce document apportait les suggestions suivantes :

1° Création d'une administration sanitaire centrale à Téhéran, qui devrait être adjointe à un Conseil sanitaire international ;

2° Création de postes d'observation et de postes sanitaires sur des points déterminés à l'intérieur de la Perse ;

3° Etablissement des lazarets.

Le rôle principal du Conseil devait être la protection de la Perse, et par là indirectement l'Europe, contre l'invasion et l'extension du choléra.

Des stations sanitaires devaient être créées à Hérat, Meched, Kirmanchah, Tabriz, à Bouchir, Bender-Abbas et Mohammerah.

L'Europe devait intervenir et contribuer aux dépenses qu'exigeraient des réformes sanitaires ;

« Le gouvernement, ayant cependant à compter avec la crise économique si grave que traverse aujourd'hui la Perse, trouvera — il faut le reconnaître — certaines difficultés à prendre à sa charge

des réformes coûteuses. Si donc il doit être fait quelque chose en Perse sur ce domaine d'hygiène, négligé depuis des siècles, l'intervention de l'Europe est absolument nécessaire. »

Le mémoire austro-hongrois indiquait la composition du Conseil de santé (où les délégués persans devaient rester en minorité ainsi que dans l'administration centrale), évaluait les dépenses de chacune des deux institutions ainsi que les frais des machinistes et des lazarets, et déterminait enfin la part contributive de la Perse et celle de l'Europe.

Pour couvrir les frais de cette organisation, le gouvernement persan devait recourir à la perception d'une taxe applicable :

- a) Aux transport des cadavres à Kerbela ;
- b) Aux pèlerins qui les accompagnent ;
- c) Aux pèlerins qui se rendent aux villes saintes de Kum et Meched ;

Ainsi qu'à la perception de droits sur la navigation.

Nous venons d'exposer dans ses grandes lignes le projet de réforme austro-hongrois, qui ne trouva pas l'approbation de la Conférence.

Quelle était l'attitude de la délégation persane en face du projet de réforme ?

Il faut croire que les suggestions austro-hongroises avaient trouvé l'approbation de la délégation persane, qui, dans la dernière séance de la Commission du golfe Persique, fit connaître que son gouvernement pourrait lutter plus efficacement contre le choléra, et établirait à Téhéran un Conseil international, si le concours financier des puissances lui était assuré.

Le premier délégué de la Perse réclama même le concours financier des puissances :

« Ce concours financier du monde civilisé dans un but d'intérêt général et sans peser beaucoup sur vos immenses ressources mettrait la Perse en état de lutter, comme l'Europe, avec plus d'efficacité contre le choléra et lui fournirait la possibilité d'établir à Téhéran un Conseil sanitaire international. Nous pourrions dès lors nous joindre à vous dans cette lutte pour le bien de l'humanité que vous poursuivez avec tant de louables efforts, de justice et de science.... »

La Commission se trouvant en face des opinions différentes, elle approuva la rédaction très large, suggérée par M. le Professeur Brouardel :

« La Conférence émet le vœu que des mesures sanitaires conformes à celles qui ont été adoptées dans les Conférences de Venise, Dresde et Paris soient prises, au besoin avec le concours des Puissances intéressées, sur les frontières orientales et méridionales de la Perse. »

CONFÉRENCE SANITAIRE INTERNATIONALE DE VENISE (1897)

La Conférence de Venise commença ses travaux sur la base du programme présenté par la délégation austro-hongroise. A Venise, on devait essayer d'établir les règles de prophylaxie de la peste ou plutôt adapter les conventions précédentes à la prévention de la peste.

Deux points du programme austro-hongrois intéressaient spécialement notre pays : le pèlerinage chiïtes et le Conseil sanitaire de Téhéran. En effet l'auteur du programme demandait dans son questionnaire :

« ... Quelles seraient notamment les mesures à prendre au sujet des pèlerinages et des convois de cadavres se portant aux Lieux Saints situés dans l'Arménie, la Perse ou la Mésopotamie ? »

« Quelles mesures sont nécessaires par rapport à l'établissement d'un service international d'informations et pour l'organisation d'un service sanitaire international en Perse ? »

D'un autre côté, la protection du golfe Persique et la défense de la frontière turco-persane furent étudiées par la Conférences.

Pèlerinages musulmans

Le danger de ces grandes réunions, en ce qui concerne la propagation des maladies pestilentielles,

était connu des hygiénistes du siècle dernier. C'est pourquoi, à la Conférence de Venise, nombreux furent les délégués qui soulignèrent le danger réel que pouvait avoir la grande réunion musulmane de la Mecque, et demandèrent sa suspension momentanée pour éviter la propagation de la peste qui sévissait aux Indes.

Cette suspension était envisagée uniquement pour l'année 1897 et ceci, comme nous venons de le voir, dans un but éminemment humanitaire.

Après de longues explications fournies par les différentes délégations, la Conférence approuva, à titre de vœu, une motion de la délégation française dont nous reproduisons le texte :

« La Conférence estime qu'il est urgent dans l'intérêt de la santé publique, en vue d'arrêter la propagation de la peste, que les Puissances ayant des populations musulmanes interdisent, cette année, le pèlerinage à la Mecque ou, tout au moins, le restreindre par tous les moyens moraux et matériels à leur disposition.

« En conséquence, elle prend acte avec satisfaction des communications faites par les délégations de la Grande-Bretagne et des Indes, de France, de Russie, d'Autriche-Hongrie, de Perse et des Pays-Bas à l'effet d'assurer ce résultat. »

Cette motion trouva l'approbation de toutes les délégations, sauf celle de Turquie qui adopta l'abstention. En ce qui concerne les pèlerinages chiïtes de Mésopotamie, l'attitude du gouvernement ottoman ne pouvait guère faciliter la tâche de notre gouvernement. Quant aux centres de pèlerinage de l'Iran, notre pays avait pris les dispositions nécessaires, en interdisant notamment le pèlerinage de Meched, le seul centre qui présente un véritable in-

térêt au point de vue épidémiologique, étant donné le grand nombre de pèlerins qui affluent de tous les coins du pays et aussi de tous les pays voisins : Afghanistan, Belouchistan, Caucase, Irak, les Indes et le Turkestan Russe.

A ce sujet, notre délégué à la Conférence de Venise s'exprimait ainsi :

« Puisqu'il est question de la prohibition des pèlerinages pour cette année, j'annonce avec satisfaction que mon gouvernement a, en quelque sorte, devancé le vœu de la Conférence à cet effet. ayant déjà prohibé le pèlerinage à Meched, des schiïtes indiens, afghans et de ceux du Bélouchistan. »

Le Conseil sanitaire de Téhéran

A la Conférence de Paris, la délégation austro-hongroise avait déjà proposé la création d'un Conseil sanitaire international à Téhéran. A Venise, elle avait inscrit dans son programme l'établissement d'un service international d'informations et l'organisation d'un service sanitaire international en Perse.

Cette suggestion, qui avait trouvé l'approbation de la délégation persane à Paris, fut rejetée à Venise par notre délégué qui avait reçu l'ordre de la désapprouver énergiquement.

Il serait intéressant de chercher les raisons qui amenèrent notre gouvernement à sa nouvelle position. Nous croyons pouvoir incriminer l'effort que notre pays fournissait sous l'impulsion du D^r Tholozan pour barrer la route aux épidémies qui le menaçaient continuellement.

En effet, c'est en 1896 que le gouvernement persan, après avoir vainement attendu l'exécution du projet de la protection du golfe Persique par le gouvernement ottoman, décida de créer les établissements sanitaires maritimes du golfe Persique par ses propres moyens. Afin d'éviter l'entrée de la peste, qui sévissait aux Indes, en Perse, notre gouvernement avait interdit le pèlerinage à Meched des schiïtes indous, afghans et du Bélouchistan. Il avait en outre fermé sa frontière orientale et avait installé à Tenchiz un poste sanitaire d'observation et de désinfection pourvu de médecins diplômés.

Fort de ces heureuses initiatives dans le domaine de l'hygiène internationale, notre pays croyait, avec raison d'ailleurs, pouvoir assurer lui-même la tâche qui lui incombait en matière de prophylaxie internationale.

Cependant, on peut se demander si le Conseil sanitaire de Téhéran pouvait donner les garanties nécessaires.

Quelle était la composition de ce Conseil ?

Notre délégué donna à ce sujet les explications suivantes :

« ... Le Conseil est, à l'heure qu'il est, constitué :

« 1° Par son Président, le D^r Tholozan...

« 2° Il est assisté par le délégué sanitaire ottoman, le D^r Camposampiero, qui a la mission d'observer et de télégraphier immédiatement à l'Administration sanitaire ottomane la première apparition d'une épidémie quelconque...

« 3° De quatre médecins persans, diplômés des Facultés d'Europe, plus son secrétariat, français et persan.

« Le Conseil sanitaire de Téhéran a nommé, il y a longtemps, des médecins sanitaires européens ou persans diplômés en Europe, dans la plupart des départements de l'Empire. Ils ont la mission de surveiller et de faire exécuter les prescriptions hygiéniques dans leurs circonscriptions respectives, d'envoyer toutes les semaines au Conseil un rapport sur la constitution épidémiologique et les maladies régnantes, et de faire parvenir immédiatement l'alarme au Conseil sanitaire de Téhéran si une maladie cholériforme ou pestilentielle venait à éclater sur un point quelconque de leurs départements. Le télégraphe de l'Etat est mis toujours, à cet effet, à leur disposition.

« Telle est, Messieurs, en temps ordinaire et de bonne santé relative, l'organisation du système sanitaire de la Perse. »

Et il concluait :

« Le gouvernement que je représente, qui n'a jamais manqué de porter toute sa sollicitude sur la santé et le bien-être de ses sujets, ne manquera pas de l'améliorer graduellement. Je suis donc d'avis qu'on pourrait se contenter du présent, en demandant toujours du mieux à l'avenir. »

La délégation russe apporta son adhésion à la proposition persane de laisser le Conseil sanitaire de Téhéran avec sa composition actuelle. Nous avons relevé dans son discours un passage que nous tenons à reproduire :

« La Russie qui a, avec la Perse, deux mille kilomètres de frontière commune, n'a jamais rencontré de la part des autorités de ce pays que la meilleure volonté et le plus grand empressement à donner toutes les explications qu'on leur demandait

et à accepter le concours des médecins étrangers qu'on leur proposait » (1).

Ce témoignage confirme une fois de plus la grande bonne volonté de notre pays dans le passé, rendue inopérante par manque de crédit et aussi la pénurie des médecins et agents sanitaires.

Après avoir exposé, comme nous venons de le voir, l'organisation du Conseil de santé de Téhéran et le rôle qui lui est dévolu, notre délégué conteste l'utilité de le transformer en Conseil international :

« Pratiquement, on ne voit pas quelle serait l'utilité de changer la forme de ce Conseil en le transformant en Conseil international. Est-ce pour ses résolutions à prendre en temps d'épidémie ? Mais la Conférence connaît déjà toutes les mesures décrétées par le Conseil et qui ont reçu pleine exécution tant dans les ports du golfe Persique que du côté de la frontière est de l'Empire.

« Serait-ce alors pour que l'Europe fût informée à temps de l'apparition d'épidémie en Perse par l'organe du Conseil, qui deviendrait international ?

« Mais le Conseil sanitaire actuel de Téhéran peut prendre l'engagement d'informer, sans le moindre délai, les chefs des missions étrangères dans la capitale, afin qu'ils avisent par télégraphe leurs gouvernements respectifs, et il est certain que ce procédé est actuellement suivi. »

A la suite de ces déclarations, le premier délégué austro-hongrois fit savoir que cette question avait trouvé place dans le programme au point de vue des garanties à adopter contre l'invasion de la peste par la voie de terre ; et, pourvu que ces ga-

(1) Conférence sanitaire internationale de Venise, 6^e séance, 25 février 1897.

ranties soient accordées, la composition du Conseil devient une question secondaire. La délégation austro-hongroise n'insistera donc pas sur ce point de son programme.

La protection du golfe Persique

Le golfe Persique étant une voie maritime capable de faire pénétrer la peste en Europe par les navires venant de l'Inde et d'Extrême-Orient, sa protection s'imposait à la Conférence de Venise au même titre que celle de la mer Rouge. En effet, la peste pénétrant dans le golfe Persique, elle pouvait non seulement infecter les ports persans et turcs et se propager par voie de mer à travers l'Europe, mais c'est surtout en partant de Bagdad qu'elle pouvait se répandre en Syrie et atteindre le port méditerranéen de Beyrouth, comme cela s'est produit pour le choléra de 1855, 1866, 1874, 1877, 1889, 1890 et 1891.

C'est pourquoi la protection du golfe Persique avait un très grand intérêt pour la prophylaxie de la peste. A cet effet, le rapporteur de la Commission des mesures de prophylaxie hors d'Europe soulignait la création d'urgence d'une organisation de défense contre l'importation de la peste :

« Il est donc urgent d'organiser dans le golfe Persique la défense contre l'importation de la peste pour ne pas tomber dans des excès, dont les effets, même au point de vue sanitaire, se révèlent très graves, si on tient compte de l'appoint que la co-existence d'un autre fléau, la famine, porte à la diffusion et à la persistance de la peste à Bombay. » (1).

(1) Conf. sanit. internationale de Venise, 9^e séance, 6 mars 1897.

Quelles furent les conclusions de la Commission ?

Pour les provenances maritimes, celles des ports infectés devaient se soumettre à l'observation et aux désinfections, dans les ports du golfe Persique. La Commission prit pour base le titre I de l'annexe III de la convention de Paris 1894 (Régime sanitaire applicable aux provenances maritimes dans le golfe Persique). Quelques modifications y furent apportées :

1° La période d'incubation fut xée à dix jours ;

2° Les navires indemnes devaient avoir une traversée de dix jours pour être admis en libre pratique ;

3° Les passagers et l'équipage des navires indemnes ou suspects étaient obligés de se soumettre à l'observation (alors que, pour le choléra, on avait seulement recommandé cette observation).

Les stations du littoral persan du golfe venaient d'être créées et n'étaient pas encore bien équipées, c'est pourquoi notre délégué réserva pour son gouvernement le droit de repousser tous les navires, tant qu'il n'y aurait pas dans ses ports les moyens suffisants pour pratiquer les désinfections et l'observation prescrites.

Quant aux postes sanitaires à établir, la délégation française proposa une organisation beaucoup plus simple que celle qui a déjà été projetée dans la convention de Paris ; elle préconisa l'installation d'une station sanitaire au détroit d'Ormutz et d'une station sanitaire aux environs de Bassorah, pourvues toutes les deux du personnel et des moyens adaptés à leur mission.

La station d'Ormutz devait être construite dans l'île d'Ormutz ou l'île de Kishm, ou, à leur défaut,

dans une localité fixée dans leur voisinage. A cette station devaient être rattachés deux médecins ou plus, des agents sanitaires, des gardes sanitaires et tout un outillage de désinfection. On avait également projeté la construction d'un petit hôpital.

La station de Bassorah devait être beaucoup plus importante ; on devait y construire un grand lazaret et des installations pour la désinfection des marchandises et comportant un service médical composé de plusieurs médecins.

Ces établissements sanitaires devaient être placés sous la dépendance du Conseil supérieur de santé de Constantinople. Les gouvernements ottoman et persan devaient donc s'entendre pour la station d'Ormutz.

En attendant cette entente entre les deux gouvernements, on devait instituer une visite médicale à Ormutz : les bateaux indemnes et ayant plus de dix jours de traversée étaient admis à faire libre pratique ; les bateaux indemnes ayant moins de dix jours de traversée devaient continuer en quarantaine avec deux gardes sanitaires et un gardien chef à bord jusqu'à l'accomplissement des dix jours.

Enfin, les bateaux infectés devaient débarquer les malades, faire les désinfections nécessaires et continuer en quarantaine jusqu'à Bassorah où ils devaient se soumettre au régime prescrit, selon les conditions dans lesquelles ils arrivaient.

Telles furent les conclusions de la Commission des mesures de prophylaxie hors d'Europe pour la protection du golfe Persique.

La Conférence de Venise proposait un projet qui, tout en donnant les garanties nécessaires grâce à la surveillance qu'on devait exercer à Ormutz, c'est-à-dire à l'entrée du golfe Persique, avait l'avantage d'être plus simple, moins coûteux et par con-

séquent plus facilement réalisable. Toutefois, ces avantages ne l'empêchèrent point de subir le même sort que son prédécesseur, tout au moins pour la station d'Ormutz.

Défense de la frontière turco-persane

Cette question, qui ne figurait pas dans le programme de la Conférence, fut traitée grâce à l'intervention des délégations russe et persane. C'est en effet le délégué de la Russie, qui, d'accord avec le délégué de la Perse, exprima le désir de signaler à la Conférence une lacune qui méritait d'être comblée. Il faisait ainsi allusion à la défense sanitaire de la frontière turco-persane. Il déclara notamment :

« La maladie étant importée d'ordinaire par des pèlerins surtout par voie de terre. Les établissements prévus dans le golfe Persique ne seraient donc pas suffisants. »

C'est pourquoi il proposa (d'accord avec le délégué de la Perse) de continuer la série des stations sanitaires le long de la frontière turco-persane jusqu'à Bayazid en Arménie.

Il expliqua, pour souligner l'importance de ses déclarations, qu'à Hanekin, où arrivaient annuellement plus de 60.000 pèlerins, il n'existe aucune installation susceptible de les recevoir ni de les désinfecter.

De son côté, le délégué de la Perse déclare qu'il a reçu de son gouvernement l'instruction formelle de provoquer une résolution de la Conférence sur l'exécution des lazarets projetés depuis longtemps à Hanikin et Kizil-Dîzi, près de Bayazid. Il se dé-

clara d'accord avec son collègue russe sur la nécessité absolue qui s'imposait, en présence de l'épidémie de peste qui sévissait aux Indes, et aussi, le cas échéant, pour le choléra, de créer des installations sanitaires sur ces points de la frontière où transitent chaque année des milliers de pèlerins et de voyageurs, ainsi qu'un grand nombre de dépouilles mortelles destinées à être inhumées à Kerbelah. Il précise qu'il n'existait à Hanekin qu'un kan délabré, incapable d'abriter les personnes qui devaient être soumises à un contrôle sanitaire, et qu'il n'existait de Kizil-Dizé à Bayazid aucune construction pouvant être utilisée dans le même but.

Le délégué de la Russie insista de nouveau sur l'urgence de compléter le système de prophylaxie du golfe Persique par celui de la frontière turco-persane.

Le délégué de la Turquie souligna l'importance de la question et précisa que la construction de deux établissements à Hanikin et Bayazid avait été proposée trois ans auparavant par la Commission des lazarets et c'était uniquement le manque d'argent qui avait fait différer leur exécution.

Le Professeur Brouardel déclare que la Commission technique n'avait pas méconnu le danger qu'on venait de déclarer ; la frontière turco-persane étant sous la dépendance du Conseil de santé de Constantinople, la Conférence pouvait émettre le vœu que le Conseil prit des mesures nécessaires sur ces points dans le plus bref délai.

Le premier délégué de la Russie, n'approuvant pas cette manière de voir, déclara que la Conférence avait prescrit les établissements sanitaires dans le golfe Persique et qu'elle avait indiqué les fonds

destinés à y faire face. On devait en faire autant pour Hanekin et Bayazid, qui étaient l'objet d'un transit beaucoup plus actif encore.

De son côté, le délégué de la Perse, qui représentait notre pays au Conseil supérieur de santé de Constantinople, connaissant mieux que ses collègues, non membres dans le dit Conseil, le sort d'un simple vœu, souligna de nouveau la nécessité de la protection de la frontière turco-persane et donna quelques précisions.

Il déclara qu'il était nécessaire que cette question figurât dans les travaux de la Conférence.

« Il ya un projet arrêté, le Conseil dispose de 30.000 livres ; rien ne s'oppose donc à ce que les travaux d'Hanekin et Bayazid soient poursuivis simultanément avec ceux du golfe Persique. »

Enfin, pour conclure, S. Exc. M. Barrère, le chef de la délégation française, proposa d'insérer dans la convention la proposition suivante :

« Le Conseil supérieur de santé de Constantinople exécutera dans le plus bref délai possible les établissements sanitaires prévus le long de la frontière turco-persane. »

Après des échanges de vues et différentes interventions, M. Barrière donna lecture de son projet de résolution dans sa forme définitive, qui fut adopté à l'unanimité :

« La Conférence est d'avis que le Conseil de santé de Constantinople devra organiser sans délai les établissements sanitaires de Hanekin et de Kizil-Dizé, près de Bayazid, sur la frontière turco-persane, au moyen des ressources qui sont dès mainte-

nant mises à sa disposition. Ces établissements devront fonctionner suivant les principes admis dans cette Conférence. »



Notre pays ratifia la convention de Venise sous cette réserve que le pavillon persan flotterait sur le lazaret et que les gardes armés préposés à l'observation des mesures sanitaires seraient persans.

CONFÉRENCE SANITAIRE INTERNATIONALE DE PARIS (1903)

La Conférence de Paris marque une étape décisive dans l'histoire de l'hygiène internationale. La découverte du rôle des rats dans la propagation de la peste imposait des modifications profondes dans la prophylaxie de cette maladie. On avait également découvert le rôle du moustique dans la transmission de la fièvre jaune, maladie qui est entrée dans le groupe des maladies pestilentiellles depuis 1912.

Mais l'œuvre principale de la Conférence de Paris est la mise en ordre et la codification des prescriptions antérieures, des conventions de Venise 1892, Dresde 1893, Paris 1894 et Venise 1897.

En effet, la convention signée à Paris (1903) peut être considérée comme la première réglementation internationale pouvant s'accommoder à l'organisation particulière de chaque pays et susceptible de créer dans tous les ports des Etats signataires un régime sanitaire uniforme.

La protection du golfe Persique

Malgré les résolutions des Conférences antérieures (Paris et Venise) pour l'établissement des stations sanitaires dans le golfe Persique, la protection du golfe n'était pas encore assurée en 1903. Certes, le gouvernement persan avait fait de grands

efforts en vue d'organiser sur le littoral persan du golfe des stations similaires, mais ses ressources étant limitées, les stations récemment créées n'étaient pas en mesure de donner les garanties nécessaires. Mais la véritable défense du golfe Persique était confiée au gouvernement ottoman, c'est lui qui devait construire les lazarets et les stations sanitaires avec les fonds qui étaient mis à sa disposition. Nous avons vu que la Conférence de Venise présenta pour la protection du golfe Persique un projet moins coûteux et, par conséquent, plus facilement réalisable que sa devancière, la Conférence de Paris.

Cependant, on ne peut que constater, fort malheureusement d'ailleurs, que les deux projets en question ne reçurent aucun commencement d'application. Quant à la protection de la frontière turco-persane, les postes de défense existaient à l'état de bureaux douaniers pour la perception des droits payés par les pèlerins... vivants et morts !

Et c'est ainsi qu'on relève dans le projet de résolution de la Commission des voies et moyens les dispositions suivantes :

« Une station sanitaire sera créée à l'île d'Ormuz ; les frais de construction et d'entretien sont mis à la charge du Conseil supérieur de santé de Constantinople. La Commission mixte de révision devra se réunir le plus tôt possible pour fournir, sur sa demande, au Conseil les ressources nécessaires prises sur les réserves disponibles. »

L'attitude du gouvernement ottoman en ce qui concerne cette résolution est pour le moins surprenante. En effet, le délégué de Turquie déclara à la Conférence :

« En ce qui concerne le lazaret d'Ormuz, nous rappellerons que nous avons indiqué qu'aucune en-

tente à ce sujet n'existait entre les gouvernements ottoman et persan ; nous ajoutons aujourd'hui que la délégation ottomane fait toutes les réserves quant à la proposition du gouvernement persan de faire flotter son drapeau sur le lazaret susdit, proposition que nous considérons comme inadmissible » (1).

Il faut noter que notre pays avait ratifié la convention de Venise, précisément sous cette réserve que le pavillon persan flotterait sur le lazaret d'Ormuz et que les gardes armés préposés à l'observation des mesures sanitaires seraient persans.

La délégation persane protesta contre la réserve formulée par le délégué ottoman, et le délégué de Perse, M. Emir Khan, lut à la Conférence une déclaration dont nous tenons à reproduire les principaux passages :

« La délégation persane est surprise de la réserve de M. le Délégué ottoman en ce qui concerne le drapeau à ériger sur le lazaret d'Ormuz.

« L'île d'Ormuz n'a jamais appartenu à la Turquie. Cette île est une des possessions indiscutables de la Perse, dont la souveraineté universellement reconnue depuis des siècles a été de nouveau affirmée par les Puissances dans la convention de Venise et dans les discussions qui ont eu lieu au cours des récentes séances de la Commission des voies et moyens de la présente Conférence...

« ... Je proteste donc énergiquement contre la réserve de l'honorable délégué ottoman et je déclare au nom de mon gouvernement que cette réserve n'a aucune raison d'être » (2).

(1) Conf. sanit. inter. de Paris, 5^e séance, 16 novembre 1903.

(2) Conf. sanit. inter. de Paris, 5^e séance, 16 novembre 1903.

Il faut avouer que l'attitude adoptée par le gouvernement ottoman rendait impossible l'entente entre les deux gouvernements pour la construction du lazaret d'Ormuz. Ceci n'était-il pas le principal objectif du gouvernement ottoman ? Le gouvernement ottoman ne comptait-il pas trouver sur ce terrain, de la part de notre pays, un refus catégorique qui lui permît de remettre à plus tard, sinon à jamais, la construction du lazaret d'Ormuz ?

A ces questions, on serait tenté de répondre par l'affirmative. En effet, la réserve de la délégation ottomane est tellement inadmissible qu'on ne saurait lui donner un autre sens que celui que nous venons d'indiquer, car aucun gouvernement ne pouvait permettre qu'on portât atteinte à ses droits de souveraineté, même pour un but aussi humanitaire que celui poursuivi par les Conférences sanitaires internationales.

Il ne nous appartient pas de trancher cette question de souveraineté territoriale ; nous nous bornerons à constater que la construction du lazaret d'Ormuz, reconnue indispensable et urgente à Venise en 1897, n'avait pas encore reçu en 1903 un commencement d'exécution.

Et pourtant les pèlerins persans payaient chaque année des taxes s'élevant à 7.000 ou 8.000 livres ; mais ces taxes, disait le délégué turc, « servent à l'entretien des lazarets terrestres et ne suffisent pas à couvrir les dépenses » (1).

N'était-il pas légitime de réserver cet argent à la construction des lazarets sur la frontière turco-persane ?

N'était-il pas plus logique d'allouer au Conseil

(1) Conf. sanit. inter, de Paris, Commission des voies et moyens, 4^e séance : le 28 octobre 1903.

de santé de Téhéran le produit des taxes perçues des pèlerins iraniens, afin que le dit Conseil assurât la dépense sanitaire du golfe Persique d'après la convention de Venise, ainsi que celle des frontières de terre de l'Empire, notamment la frontière turco-persane ?

Nous n'insisterons pas davantage sur ces questions pour aborder l'étude du régime sanitaire du golfe Persique.

Ce régime sanitaire applicable aux provenances maritimes dans le golfe Persique résulte de la disposition des articles 79 et 80 de la convention.

« Art. 79. — Les navires, avant de pénétrer dans le golfe Persique, sont arraisonnés à l'établissement sanitaire de l'île d'Ormuz. Ils sont, d'après l'état sanitaire du bord et d'après leur provenance, soumis au régime prévu par la section III du chapitre II, du titre I. Toutefois, les navires qui doivent remonter le Chat-el-Arab seront autorisés, si la durée de l'observation n'est pas terminée, à continuer leur route, à la condition de passer le golfe Persique et le Chat-el-Arab en quarantaine. Un gardien chef et deux gardes sanitaires pris à Ormuz surveilleront le bateau jusqu'à Bassorah, où une seconde visite médicale sera pratiquée et où se feront les désinfections nécessaires.

En attendant que la station sanitaire d'Ormuz soit organisée, ce seront des gardes sanitaires pris dans le poste provisoire établi en vertu de l'article 82 ci-après, alinéa 2, qui accompagneront les navires passant en quarantaine jusque dans le Chat-el-Arab, dans l'établissement placé aux environs de Bassorah.

Les bateaux qui doivent toucher aux ports de la Perse pour y débarquer des passagers ou des mar-

chandises pourront faire ces opérations à Bender-Bouchir.

Il est bien entendu qu'un navire qui reste indemne à l'expiration des cinq jours à compter de la date à laquelle il a quitté le dernier port contaminé de peste ou de choléra, recevra la libre pratique dans les ports du golfe, après constatation, à l'arrivée, de son état indemne.

« Art. 80. — Les articles 20 à 28 de la présente convention sont applicables, en ce qui concerne la classification des navires ainsi que le régime à leur faire subir dans le golfe Persique, sous les trois réserves suivantes :

1° La surveillance des passagers et de l'équipage sera toujours remplacée par une observation de même durée ;

2° Les navires indemnes ne pourront y recevoir libre pratique qu'à la condition d'avoir complété cinq jours pleins à partir du moment de leur départ du dernier port contaminé ;

3° En ce qui concerne les navires suspects, le cinq jours pour l'observation de l'équipage et des passagers comptera à partir du moment où il n'existe plus de cas de peste ou de choléra à bord. »

La sévérité plus grande du régime sanitaire imposé dans le golfe Persique était justifiée par la provenance des navires qui y naviguaient, venant, en général, des régions où les affections pestilentiennes étaient ou très fréquentes, ou très endémiques.

En résumé, la Conférence de 1903 établit la défense sanitaire du golfe Persique sur les mêmes bases que la Conférence de Venise, par la création des stations sanitaires d'Ormuz et de Bassorah, celle-ci étant plus importante que la station d'Ormuz, comportant un service médical composé de plusieurs

médecins, et des installations pour la désinfection des marchandises.

Quant au régime sanitaire, la Conférence de Paris réduisit à cinq jours la durée de l'observation, alors que la Conférence de Venise l'avait fixée à dix jours. La Conférence de Paris apporta également quelques modifications dans la classification des navires.

La situation sanitaire en Perse

Il serait injuste de ne pas mentionner les efforts tentés par notre pays dès la fin du siècle dernier pour l'amélioration de son état sanitaire.

Quand, en 1896, la Perse s'empessa de prendre les mesures sanitaires pour assurer sa défense, elle éprouva des difficultés par suite de l'insuffisance de ses médecins. C'est pour remédier à cet état de choses que le gouvernement persan choisit un grand nombre de jeunes médecins sortis de l'Ecole de Médecine de Téhéran, et les envoya à ses frais en Europe, afin qu'ils pussent compléter leurs études. Cette heureuse initiative gouvernementale incita d'autres médecins ou étudiants à venir d'eux-mêmes pour compléter ou continuer leurs études en Europe.

En 1900, notre pays possédait déjà un bon nombre de médecins diplômés ; mais le gouvernement persan choisit encore vingt élèves parmi les étudiants de Téhéran, pour les envoyer en Europe à ses frais. Les années suivantes, notre gouvernement continua à envoyer d'autres étudiants en Europe.

D'un autre côté, le gouvernement persan avait à son service plusieurs médecins européens.

Les stations sanitaires du golfe Persique (le lit-

toral persan du golfe) étaient créées par suite d'un décret royal datant de 1896. En 1903, nous avions dans le golfe Persique : « des embarcations à vapeur, une étuve à désinfection, des locaux pouvant servir à l'isolement, des médecins des douanes compétents, le personnel nécessaire et, en cas de besoin, une force suffisante et bien organisée, pour assurer le bon fonctionnement du service sanitaire » (1).

Le gouvernement persan cherchait à améliorer et compléter l'organisation sanitaire de son Empire. Notre ministre à Paris avait reçu des instructions pour l'achat et l'expédition de tout un outillage destiné à l'école de médecine de Téhéran et pour la création d'un laboratoire bactériologique à Bender-Bouchir.

C'est pourquoi notre délégué à la Conférence de Paris déclarait :

« ... Mais, à l'heure actuelle, la situation est complètement changée. Comme j'ai eu l'honneur de vous le dire, nous possédons en ce moment tout ce qu'il nous faut pour assurer la défense sanitaire de notre pays en général et de nos ports du golfe Persique en particulier... »

Et il concluait :

« En un mot, Messieurs, de même qu'en 1894 et 1896, nous avons reconnu franchement et loyalement l'insuffisance de nos moyens de défense contre l'invasion des épidémies, de même nous sommes heureux de pouvoir déclarer maintenant avec la même franchise et loyauté que rien ne nous man-

(1) Déclaration du délégué de Perse, M. Emir Khan. Commission des voies et moyens, 4^e séance, 28 octobre 1903.

que plus pour organiser notre défense sanitaire et que nous travaillons sans cesse à augmenter et améliorer les moyens dont nous disposons. »

Il est incontestable que notre pays avait fourni de grands efforts en vue d'organiser sa défense sanitaire, mais nous étions encore loin de pouvoir l'assurer convenablement. C'est pourquoi le choléra et la peste continuèrent assez longtemps à faire des victimes en Iran avant que nous puissions leur barrer la route, grâce aux louables efforts fournis dans ces dernières années pour la protection de la santé publique.

*
* *

Enfin, l'article 175 de la convention mentionne la création des stations sanitaires sur les frontières turco-persane et turco-russe :

« ... Le Conseil supérieur de santé de Constantinople devra organiser sans délai les établissements sanitaires de Hanikin et de Kisil-Dizié, près de Bayazid, sur les frontières turco-persane et turco-russe, au moyen des fonds qui sont dès maintenant mis à sa disposition. »

*
* *

L'Iran ratifia la convention de Paris sans aucune réserve.

Il participa à la Conférence de Rome (1907) pour réaliser la création de l'Office international d'hygiène publique. Notre pays accepta de faire partie de cet organisme peu après sa création, le 27 mars 1909.

*
* *

Nous n'étudierons pas ici la Conférence de 1912. La convention préconisa pour le golfe Persique un régime sanitaire analogue à celui de sa devancière, en laissant de côté l'établissement des stations sanitaires. (184)

— 34 —

CONFÉRENCE SANITAIRE INTERNATIONALE
DE PARIS (1926)

En 1926, la protection du golfe Persique ne devait guère préoccuper la Conférence, car les pays riverains du golfe avaient installé dans la plupart de leurs ports des postes sanitaires pouvant donner les garanties nécessaires.

Cependant, le régime sanitaire applicable au golfe Persique fut l'objet d'une discussion entre la délégation britannique et la délégation iranienne. Nous demandions la suppression de l'article 90 relatif au régime sanitaire applicable au golfe Persique, alors que l'Angleterre exigeait son maintien.

Quel était donc le régime sanitaire applicable au golfe Persique ?

« Art. 90. — Le régime sanitaire résultant du titre premier de la présente convention sera appliqué, en ce qui concerne la navigation dans le golfe Persique, par les autorités sanitaires des ports tant au départ qu'à l'arrivée. »

Le Dr Aazam, le premier délégué de l'Iran, déclara que rien ne justifiait le maintien, dans le texte de la convention, d'une disposition spéciale visant le golfe Persique. L'existence d'une telle disposition, disait-il, empêcherait les plénipotentiaires de la Perse de signer la convention sans faire les plus expresses réserves.

L'article 90 était inutile, puisque notre pays, en signant la convention, s'engageait à faire appliquer elle-même les mesures prophylactiques nécessaires dans ses ports, aussi bien ceux du golfe Persique

que ceux de la mer Caspienne, par un personnel compétent.

Pour bien comprendre le sens de la proposition de notre délégation, il faut savoir que l'exécution des mesures de quarantaine était assurée, dans les ports du golfe Persique, par des médecins du Service de santé indien (1).

Notre pays leur a fait appel à un moment où il ne possédait pas encore un personnel compétent. Ces médecins étaient placés sous les ordres du médecin chef du service quarantenaire qui résidait à Bouchir. Ce dernier, à son tour, était placé sous les ordres du Conseil sanitaire, auquel il présentait un rapport sur toutes les questions relatives aux mesures de quarantaine.

En 1926, la situation était complètement changée, notre pays pouvait confier la défense sanitaire de ses ports du golfe Persique aux médecins iraniens ayant fait leurs études en Europe, ou sortant de l'Ecole de Médecine de Téhéran. Nous possédions un personnel compétent et nous demandions aux médecins du Service de santé indien de céder la place à leurs collègues iraniens. Mais le gouvernement anglais n'approuvait pas cette manière de voir. C'est pourquoi nos délégués ne voulaient pas signer la convention sanitaire de 1926, car l'article 90 confiait l'exécution des mesures sanitaires par les autorités sanitaires des ports qui étaient précisément des médecins du Service de santé indien.

C'est pour cela que le Dr Aazam, le premier délégué de l'Iran, déclara que l'existence de l'article 90 empêcherait nos délégués de signer la convention sans faire les plus expresses réserves.

(1) Ils recevaient chaque année une somme qui s'élevait à 200.000 rials (500.000 francs environ).

Il demanda à la Conférence de supprimer l'article 90. Le président suggéra un échange de vues entre les représentants des gouvernements intéressés, dans l'espoir d'aboutir à un accord.

L'entente n'ayant pas pu être obtenue, la proposition persane fut mise aux voix. Dix voix se prononcèrent pour la suppression de l'article 90 et dix voix pour son maintien.

Après l'intervention du délégué de la Grande-Bretagne, on procéda à un vote par appel nominal et la Conférence se prononça pour le maintien de l'article 90.

La délégation britannique avait proposé à nos délégués un texte transactionnel ainsi conçu :

« En ce qui concerne les modalités de l'application, dans les ports persans du golfe persique, du régime sanitaire résultant du Titre I de la présente convention, les modifications à apporter au régime actuel feront l'objet d'un accord à intervenir entre les gouvernements persan et britannique » (1).

Cette proposition fut rejetée par notre premier délégué. Il déclara que la Perse était tout à fait à la hauteur de sa tâche et capable d'assurer la prophylaxie internationale, en prenant dans ses ports les mesures nécessaires comme tous les autres États. Il rappela que son gouvernement ne pourrait jamais accepter l'article 90 et fit des réserves formelles sur la section V du titre II, c'est-à-dire l'article 90 relatif au régime sanitaire du golfe Persique.

Le délégué de la Grande-Bretagne déclara que

(1) Cet accord fut réalisé l'année suivante entre les deux gouvernements et des médecins iraniens furent chargés de la surveillance du golfe Persique (début de l'année 1307 (1928)).

les réserves formulées par la délégation persane ne pouvaient en aucune façon modifier le *statu quo*, en attendant un accord entre les deux gouvernements.

M. le D^r Aazam, le premier délégué de l'Iran, déclara qu'il ne pouvait reconnaître le *statu quo* auquel faisait allusion le délégué de la Grande-Bretagne, puisque précisément il lui paraissait n'y avoir aucun motif de le maintenir, et précisa que le *statu quo* ne saurait aucunement lier son gouvernement.

Nos délégués signèrent la convention en faisant des plus expresses réserves.

CHAPITRE IV

LE CONSEIL SANITAIRE DE TÉHÉRAN

Le Conseil de santé de Téhéran fut institué en principe peu de temps après la Conférence de Constantinople, mais il fonctionnait d'une façon irrégulière et manquait d'autorité, de sorte que sa véritable création ne remonte qu'à 1904. C'est, en effet, à la suite des décisions de la Conférence sanitaire de Paris (1903), et grâce à l'insistance du Dr Schneider, qu'il tint sa première séance le 6 avril 1904, sous la présidence de ce dernier, médecin en chef du roi.

La composition des membres du Conseil :

- Un représentant du ministère des Affaires Etrangères ;
- Un représentant du ministère de l'Intérieur ;
- Un représentant du ministère de l'Instruction Publique ;
- Un représentant du ministère des Douanes ;
- Les médecins des Légations ;
- Des médecins persans en quantité nécessaire ;
- Un interprète, un secrétaire et un chancelier.

But : mettre à exécution des décisions prises par la Conférence de Paris (1903).

Le président devait être désigné par le roi lui-même.

Le Conseil pouvait discuter toutes les questions concernant les mesures sanitaires, comme celles relatives à l'île d'Ormuz, et communiquer avec le Conseil de santé de Constantinople et le Conseil de Paris, ainsi qu'il était prévu par la Conférence sanitaire de Paris.

Le Conseil devait s'occuper de l'état sanitaire du pays et d'éclairer le gouvernement persan sur les mesures hygiéniques et prophylactiques à prendre pour la conservation de la santé publique dans tout l'Empire et notamment à Téhéran.

En plus des réunions régulières mensuelles, le Conseil pouvait avoir des séances extraordinaires chaque fois qu'il était nécessaire.

Le Conseil sanitaire de l'Empire a rendu d'énormes services : c'est surtout grâce à l'activité et l'autorité de son premier président, le D^r Schneider, et plus tard aux efforts et aux démarches de S. Exc. le D^r Emir Aalam, qu'il réussit à instituer le service de vaccination antivariolique, créer les établissements sanitaires de la Caspienne et perfectionner ceux du golfe Persique.

Dès sa deuxième séance, le 15 août 1904, il donna un avis favorable pour la ratification de la convention de Paris (1903), et la Sous-Commission d'Hygiène établit un programme hygiénique pour la ville de Téhéran.

Le Conseil sanitaire parvint à limiter et à étouffer l'épidémie de peste de Sistan en 1906.

Le gouvernement persan ainsi que l'Assemblée Nationale remercièrent par écrit le Conseil sanitaire des résultats obtenus. Nous reproduisons quelques passages de ces deux lettres pour démontrer, une fois de plus, que notre gouvernement reconnaissait

l'utilité des mesures sanitaires et les appliquait dans la mesure que ses moyens le lui permettaient.

En effet, dans une lettre adressée au D^r Schneider, on relève les passages suivants :

« ... Le gouvernement, qui connaît les efforts et les soins vigilants du Conseil sanitaire, est convaincu que ce beau résultat est dû, en grande partie, aux sages mesures prophylactiques ordonnées par lui, et à l'impulsion qu'il a su imprimer à la lutte contre l'épidémie.

« En conséquence, je me fais un plaisir de remercier, au nom du gouvernement, Messieurs, les membres du Conseil sanitaire de l'Empire, pour le zèle dont ils ont fait preuve et pour le concours éclairé, dont chacun a contribué à l'œuvre bienfaisante.

« Une grande part de la gratitude du gouvernement vous est particulièrement réservée, Monsieur le Président, car dans toutes les circonstances, même pendant votre grave maladie, vous avez, sans vous décourager un moment, montré une persévérance, une activité et une énergie au-dessus de tout éloge.

« Je dois ajouter que l'appréciation par le gouvernement des soins et des efforts du Conseil sanitaire ne date pas de l'épidémie de Sistan. Car, depuis sa fondation, il a dans plusieurs circonstances, et notamment pendant l'épidémie de choléra, rendu à la Perse et à l'humanité des services dont le gouvernement est justement fier. »

Et dans la lettre de l'Assemblée Nationale :

« ... On est très satisfait de votre œuvre à l'occasion de l'épidémie de peste de Sistan. Vraiment vous êtes digne de l'approbation de l'Assemblée Na-

tionale. Elle vous témoigne, en conséquence, par la présente lettre, sa satisfaction, ainsi qu'aux membres du Conseil sanitaire. Elle espère que les travaux de ce Conseil continueront à être utiles au pays... »

La fondation d'un Institut vaccinogène, destiné à fournir à tout l'Empire persan du vaccin anti-variologique, fut approuvée par le roi le 20 avril 1905.

Cependant, en mai 1907, lors du départ du D^r Schneider pour la France, on n'avait pas réussi à le créer. On possédait le matériel nécessaire, il y avait un budget et nous avions même un directeur pour le diriger. Tout cela avait été obtenu grâce aux efforts du D^r Schneider, mais il ne put malheureusement assister à la création de cet établissement humanitaire, qu'il réclamait depuis si longtemps.

Dans une lettre adressée au premier ministre, après avoir décrit les ravages causés par la variole, il s'indignait de ne pouvoir porter aucun remède contre cet état de choses :

« ... Il est déplorable que l'on n'apporte pas plus d'attention à cette grave question, à laquelle il serait si facile et si peu coûteux d'opposer un remède efficace. »

Il suppliait, en conséquence, les Pouvoirs Publics de l'aider à combattre la variole qui faisait plus de victimes que le choléra et la peste, car elle régnait continuellement, chaque année et toute l'année.

Ce n'est qu'en 1911 que le Parlement attribua au Conseil sanitaire la dixième partie des taxes imposées aux véhicules, dans le but de permettre au dit Conseil d'améliorer les conditions de l'hygiène publique, et spécialement de vulgariser l'emploi du

vaccin antivariolique ainsi que celui du sérum antidiphthérique.

La création des établissements sanitaires sur la Caspienne fut également envisagée en 1911.

Nous ne pouvons pas étudier ici l'activité du Conseil sanitaire jusqu'à ces dernières années. Nous avons reproduit plus haut des documents qui nous autorisent à croire que cet organisme fut à la hauteur de sa tâche.

Il fit de son mieux pour conseiller et guider les Pouvoirs Publics dans la lutte contre les épidémies.

Composé des membres européens, des membres iraniens et des membres correspondants qui le mettaient au courant de la situation sanitaire de l'Empire, il fut un véritable centre d'informations pour les pays étrangers, et à ce titre, il a rendu de très grands services dans le domaine de l'hygiène internationale.

La défense sanitaire de nos frontières était placée sous sa direction. Il indiquait les mesures à adopter aux frontières, lorsque des épidémies étaient signalées dans les pays étrangers. Il donnait des instructions pour l'envoi des médecins aux postes-frontières et précisait leur mission.

Il adressait des propositions aux Ministères des Affaires Etrangères et de l'Intérieur en vue de la fermeture des frontières, ou de l'installation d'un poste de quarantaine, ou encore en vue d'imposer un examen médical aux voyageurs pénétrant dans le pays.

C'est le Conseil sanitaire qui était chargé de la surveillance des stations de quarantaine de la mer Caspienne et du golfe Persique, ainsi que de l'organisation du service de vaccination dans tout le pays.

À l'instar du Conseil sanitaire de Téhéran, des Commissions sanitaires furent créées à Meched,

pour la province de Khorasan, à Tabriz, pour la province d'Azarbaïdjan, à Sari, pour la province de Mazanderan, à Hamadan et à Ispahan. Elles devaient surveiller l'état sanitaire de la ville ou de la province, proposer des améliorations et prendre des mesures pour enrayer les épidémies.

Le Conseil sanitaire de Téhéran n'était pas un Conseil international analogue à celui de Constantinople, mais un organisme chargé d'assurer la défense sanitaire de l'Empire. Nous avons relevé dans les procès-verbaux du Conseil sanitaire des documents qui contestent le caractère international du dit Conseil. Parmi ces documents, le plus convaincant est sans doute l'explication que fournit le D^r Schneider, fondateur et premier président du Conseil sanitaire, au délégué ottoman, le 5 mars 1906. On trouve, en effet, dans le procès-verbal de la XXI^e séance le passage suivant :

« Le Président rappelle que le Conseil n'a pas de caractère international, mais qu'il est un Conseil particulier pour le gouvernement persan et il prie M. le D^r Obermayer de vouloir bien se reporter aux procès-verbaux des séances de la Conférence de Venise de 1897, où la proposition ayant été faite de créer un Conseil sanitaire international à Téhéran, le délégué de la Perse, M. le D^r Panayote-bey, déclara que S.M.I. le Schah n'acceptait pas cette création et avait le désir de maintenir son Conseil privé actuel. »

Le Conseil sanitaire doit être considéré comme un organisme s'occupant de toutes les questions d'hygiène en Iran, et chargé de la défense sanitaire des frontières de l'Empire.

A côté du Conseil sanitaire de Téhéran, il y avait un bureau d'hygiène au Ministère de l'Inté-

rieur, qui devait vraisemblablement rendre exécutoires les décisions du Conseil.

En 1921, ces deux institutions furent incorporées dans un Ministère d'Hygiène, et le Conseil sanitaire de l'Empire devint le Conseil supérieur d'hygiène.

Le Ministère d'Hygiène ne dura pas longtemps et fit place à l'Administration générale de l'hygiène publique.

*
* *

Nous ne saurions terminer ce chapitre sur le Conseil sanitaire de Téhéran sans rendre un pieux hommage à la mémoire de celui qui fut son créateur ainsi que son principal artisan.

Notre pays doit beaucoup à ce Français, qui ne ménagea ni son temps, ni sa santé, pour organiser et perfectionner son œuvre : le Conseil sanitaire de l'Empire de Perse.

Pendant ses quatorze années de service en Iran, le D^r Schneider travailla avec acharnement pour améliorer la situation sanitaire de notre pays, qu'il considérait comme sa seconde Patrie.

Dans une allocution prononcée à l'occasion de son départ pour la France, il encourageait ses collègues et leur montrait le chemin à suivre :

« Certes, les résultats, au point de vue de l'hygiène, n'ont pas été toujours à la hauteur de nos efforts, mais il faut, mes chers collègues, persévérer dans cette voie, sans jamais vous lasser et désespérer, et les démarches s'accumulant arriveront certainement un jour au triomphe de la science et de la prophylaxie sanitaire. »

CHAPITRE V

LA DÉFENSE SANITAIRE DE L'IRAN

Notre pays est actuellement bien protégé contre l'importation des maladies pestilentiellles par ses stations quaranténaires maritimes, terrestres et aériennes.

Administration sanitaire maritime

L'Iran, étant donné sa situation géographique, est divisé en deux circonscriptions sanitaires maritimes :

1° La circonscription sanitaire du golfe Persique ;

2° La circonscription sanitaire de la mer Caspienne.

I. — LE GOLFE PERSIQUE

C'est à la suite de la grande épidémie de peste de 1894 que les établissements sanitaires maritimes du golfe Persique furent créés en vertu d'un décret royal et d'un ordre du premier ministre, en 1896.

C'est au Conseil sanitaire de l'Empire que revient le mérite d'avoir amélioré les stations sanitaires du golfe Persique.

En effet, l'amélioration du service sanitaire du golfe Persique préoccupait à juste titre le Conseil,

et particulièrement son premier président, le D^r Schneider, ainsi que son successeur, le D^r Coppin.

L'exécution des mesures de quarantaine était assurée par des médecins du Service de santé indien qui étaient placés sous les ordres du Conseil sanitaire.

En 1907, les établissements du golfe Persique étaient dans un état déplorable. Il n'y avait pas de matériel nécessaire et il n'y avait pas de médecin disponible pour aller visiter les petits ports contaminés.

La Commission qui était chargée d'étudier l'amélioration du service sanitaire du golfe Persique adopta les résolutions suivantes :

1° En ce qui concerne le matériel, une seule étuve existant à Bouchir, il y a lieu de procéder à l'achat de deux nouvelles étuves à vapeur sous pression destinées aux ports de Bender-Abbas et Mohammareh, et d'un four à sulfuration de Clayton, destiné à la dératisation des navires ; ce dernier appareil doit être portatif afin d'être, en cas de nécessité, transporté en tout point de la côte où son emploi serait désirable ;

2° En ce qui concerne le personnel, il y a lieu de donner au D^r Williams un adjoint européen, possédant des diplômes européens, qui, en service ordinaire à Bouchir, inspectera les autres stations sanitaires du golfe et se rendra aux points où une affection suspecte sera signalée. Il y a lieu, d'autre part, de compléter le nombre des médecins indiens jusqu'à concurrence de 7, de façon à en placer un dans chaque port (Djask, Lengah, Bender-Abbas, Mohammareh) et trois à Bouchir qui pourront renforcer les stations sanitaires secondaires en cas de nécessité.

Par suite de l'achat de nouvelles étuves et d'un four Clayton, il est nécessaire d'engager trois nouveaux mécaniciens ;

3° En troisième lieu, la Commission émet le vœu que, dès que la situation financière le permettra, on procède à la reconstruction des stations sanitaires dont les locaux sont notoirement insuffisants.

La plupart de ces résolutions furent exécutées. En effet, dans le rapport du 4 avril 1909 sur le service sanitaire du golfe Persique, on relève les données suivantes :

1° Les étuves à désinfection pour Mohammarah, Lingah, Jask et Bender-Abbas sont installées dans leurs stations ; il y a aussi une étuve portative pour le médecin-adjoint, qui sera chargé d'aller visiter les petits ports en temps d'épidémie.

L'appareil Clayton à dératisation est arrivé à Bouchir, et l'on construit un chaland pour son installation.

Il faut conclure que la situation sanitaire du golfe Persique était satisfaisante à cette date, tout au moins sur le littoral persan, puisque cinq ports avaient des étuves à désinfection, et Bouchir avait en outre un appareil de Clayton, pour la dératisation.

Stations quaranténaires du golfe Persique

La circonscription du golfe Persique est dirigée, sous l'autorité immédiate du directeur général de l'Hygiène publique de l'Empire, par un médecin-chef des services quaranténaires, résidant à Bouchir. En plus des médecins quaranténaires et leurs adjoints, il existe dans les ports des médecins sanitaires municipaux et provinciaux qui, le cas

échéant, coopèrent avec les médecins du service quarantenaire pour établir les mesures prophylactiques nécessaires.

Les ports du golfe Persique qui possèdent des stations de quarantaine sont :

BOUCHIR. — La station de quarantaine peut recevoir les voyageurs de toutes classes. Elle possède un matériel suffisant : des appareils de désinfection, des locaux suffisants pour la surveillance et l'isolement des voyageurs. C'est uniquement à Bouchir qu'il y a un navire Ebné-Cina (Avicenne), spécialement affecté au service quarantenaire et à l'isolement des voyageurs suspects.

Les opérations de désinfection et de dératisation peuvent être pratiquées à Bouchir. En effet, il existe un lazaret pourvu d'une étuve, d'un formolisateur, etc.

Les autres ports peuvent, en cas de besoin, pratiquer les opérations sanitaires, grâce à un bateau automoteur sanitaire muni de sulfurateurs Clayton, d'appareils de formolisation et de désinfection, qui est normalement affecté à Bouchir.

Le personnel médical et sanitaire est composé du médecin chef des services quarantenaires, de son adjoint, également médecin, et d'un nombre suffisant d'employés subalternes.

Les malades débarqués des navires peuvent être admis à l'hôpital municipal, où ils sont traités par des médecins quarantenaires. Ces derniers dirigent aussi des dispensaires et distribuent les médicaments qui leur sont envoyés par l'Administration générale de l'hygiène publique.

Prophylaxie de la peste, mesure contre les rats

Bouchir est le seul port qualifié pour délivrer les certificats de dératisation et d'exemption de dératisation.

Le certificat ainsi délivré est conforme au modèle établi par l'Office international d'hygiène publique.

Ce port est pourvu d'appareils de sulfuration (un Clayton type 0, un Clayton type 1 et un Clayton type 5) sur bateau automoteur pouvant se rendre dans les autres ports pour y pratiquer la dératisation des navires.

Enfin, la destruction des rats fait partie des attributions du service quarantenaire. Ces rongeurs sont rares en Iran, surtout à l'intérieur du pays, mais sont observés dans les provinces maritimes du golfe Persique et de la mer Caspienne.

KHORRAM-CHAHK (Mohammareh). — La station de quarantaine est sur la rive gauche du Karoum, à 270 mètres environ en amont du confluent de cette rivière avec le Chatt-el-Arab. La station peut recevoir les passagers de toutes classes. Il y a un appareil de désinfection à vapeur « Velox ».

Il y a un médecin du service de quarantaine, ayant sous ses ordres plusieurs employés et agents sanitaires.

La station quarantenaire est installée depuis 1311 (1932-1933) dans un bel immeuble de l'Anglo-Iranien Oil Company, pour les passagers de première classe, et dans d'autres bâtiments de la même Compagnie pour les passagers de 2° et 3° classes.

BENDER-ABBAS. — La station quarantenaire est située à 5 kilomètres de la douane, et à environ 500 mètres du rivage. Elle est dotée d'un appareil de désinfection à vapeur « Velox ».

Le personnel comprend un médecin du service de quarantaine et une quinzaine d'employés subalternes.

LINGAH. — La station quarantenaire est située à 3 kilomètres 500 environ de la ville ; elle ne peut recevoir que des passagers de troisième classe.

Cette station est également munie d'un appareil de désinfection « Velox ».

Il y a un médecin quarantenaire ayant sous ses ordres une dizaine d'agents sanitaires.

DJASK. — C'est notre station quarantenaire aérienne la plus importante du golfe Persique.

En effet, le nombre d'avions visités en 1311 (du 21 mars 1932 au 20 mars 1933) était de 267, alors qu'il s'élevait à 265 pour Bouchir, 86 pour Lingah et 8 pour Abadan.

Le personnel comprend un médecin et une dizaine d'employés. La station de quarantaine était défectueuse il y a quelques années, mais il y a plus de 5 ans qu'on l'a remplacée par la nouvelle station quarantenaire maritime et aérienne.

Un médecin est en permanence sur l'aérodrome, et nul ne peut quitter le bord tant que tout n'a pas été reconnu en règle.

On exige des personnes ayant commencé leur voyage dans une région où sévissent le choléra ou la variole, de présenter à leur arrivée, pour éviter l'application des mesures rigoureuses (vaccination, isolement, etc.), des certificats de vaccination contre ces maladies.

Ces dispositions sont rigoureusement observées dans toutes les stations quarantenaires aériennes de l'Empire : à Bouchir, Lingah et Abadan.

Cette station est également munie d'un appareil de désinfection.

Enfin, les autres ports, Hengam, Chabahar et Abadan, possèdent une organisation sanitaire satisfaisante et un médecin quarantenaire.

II. — LA MER CASPIENNE

Les établissements sanitaires de la Caspienne ont été créés par le Conseil sanitaire de l'Empire en 1911.

C'est, en effet, le 13 mars 1911 qu'une Commission spéciale se rendit à Enzeli (actuellement Pahlavi) et Astara pour étudier sur place le projet de création d'établissements sanitaires et quarantenaies.

Cette Commission adopta les résolutions suivantes :

1° Faire à Enzeli un établissement sanitaire et quarantenaire ayant le développement imposé par le trafic de ce port en passagers.

2° Faire à Astara un établissement sanitaire ayant l'importance, secondaire seulement, nécessitée par le trafic de ce port en passagers, qui est beaucoup moindre que celui d'Enzeli.

La construction de ces stations dura jusqu'en 1913.

Administration sanitaire

L'organisation administrative des services sanitaires n'est pas analogue à celle du golfe Persique, étant donné que pour le moment le littoral de la Caspienne n'offre pas les mêmes dangers que celui du golfe Persique.

En effet, il n'y a pas de médecin chef spécialement chargé des services quarantenaies ; les mé-

decins sanitaires des ports sont placés sous l'autorité du médecin chef des provinces du nord qui réside à Recht.

Mais, en cas d'urgence, les médecins des ports peuvent communiquer directement avec l'Administration générale de l'hygiène publique.

Outillage sanitaire des ports

PAHLAVI. — Cette station est située près du bord de la mer et possède des appareils sanitaires, une étuve à désinfection « Dehaitre » et des locaux pour la quarantaine. Elle peut recevoir des passagers de toutes classes.

Le personnel médical et sanitaire est composé d'un médecin sanitaire, d'un médecin adjoint, d'un mécanicien et de plusieurs aides.

ASTARA. — Le service est assuré par un médecin sanitaire assisté de plusieurs aides.

L'outillage sanitaire comprend une étuve à désinfection et des locaux pour la quarantaine.

Les autres ports, Bender-Chah (anciennement Bender-Guez), Mechedissar, Lingueround, etc..., ont chacun un médecin sanitaire chargé d'assurer le service quarantenaire.

Stations terrestres

Sur la frontière de l'Irak, les mesures prophylactiques peuvent être prises à Gassré-Chirine. Cette station est très importante, tant pour empêcher l'importation de la peste, qui est souvent signalée en Irak et en Syrie, que pour surveiller le mouvement des pèlerins.

A Kermanschah, il existe un médecin sanitaire pour surveiller le transport des cadavres. Ce transport s'effectue depuis quelques années dans des conditions tout à fait satisfaisantes.

Mais nous voudrions insister ici sur le nombre insignifiant des cadavres transportés aux Lieux Saints de Mésopotamie. Nous regrettons de ne pouvoir donner ici un chiffre précis, mais nous pouvons affirmer que l'autorisation d'inhumer le corps aux Lieux Saints de Mésopotamie n'est que très rarement accordée. Le nombre des cadavres ainsi transportés doit osciller très vraisemblablement aux environs de 100. Ce résultat est d'autant plus appréciable que le nombre des cadavres ayant traversé Gassré-Chirine a été de 4.200 en 1922-23.

Notre pays joue un rôle de plus en plus effacé en ce qui concerne les pèlerinages. On ne donne que très difficilement le passeport pour les sanctuaires chiïtes, aussi bien que pour la Mecque. Et ceux qui arrivent à se procurer un passeport se verront dans l'impossibilité de trouver les devises.

En 1921-22, le nombre des passeports délivrés pour les sanctuaires chiïtes a été de 14.609 (un passeport comprend souvent plusieurs membres d'une même famille). Ce chiffre est notablement réduit à l'heure actuelle, et nous croyons être au-dessus de la réalité en fixant aux environs de 1.000 le nombre des passeports délivrés annuellement pour les Lieux Saints de l'Irak et la Mecque.

La frontière transcaucasienne est défendue à Djoulfa, point d'entrée en Iran du chemin de fer Tiflis-Tabriz, où est stationné un fonctionnaire de santé ; à Shahtakht et à Khudaferine, au moyen des postes sanitaires improvisés suivant les nécessités.

Même situation à la frontière transcaspienne où le chemin de fer de Krasnovodsk se rapproche de

notre territoire. Les points généralement choisis pour station de quarantaine sont en face d'Asdkabad, de Kaakha et de Sarakhs.

La frontière de l'est est défendue par Zahedan, où réside un médecin sanitaire ; mais suivant les nécessités, on improvise des postes sanitaires aux points les plus exposés. Ainsi, quand le choléra apparut en août 1932 dans le Baloutchestan anglais, une station quarantenaire provisoire fut créée à Mirjawa (Balouchestan iranien), dans d'anciennes casernes. Cette station fonctionna du 31-5-1311 (août 1932) au 28-7-1311 (octobre 1932).

En outre, il y a à Zabol un médecin sanitaire, chargé de la surveillance de la frontière d'Afghanistan.

*
* *

Nous venons de voir les stations quarantenaires maritimes, aériennes et terrestres, chargées de la défense sanitaire de l'Iran. Nous croyons pouvoir affirmer qu'elles donnent toutes les garanties voulues. Cependant, le gouvernement iranien n'hésite pas à renforcer les cadres locaux en présence d'une menace d'épidémie. Il suffit de noter qu'en 1928, à la suite d'un cas douteux de choléra observé à Hengam, l'Administration générale de l'hygiène publique envoya par avion des médecins et du vaccin anticholérique afin d'immuniser les habitants des régions menacées et 38.091 personnes furent ainsi vaccinées.

La protection sanitaire de l'Iran est une tâche extrêmement délicate, étant donné que par ses frontières maritimes et terrestres, il est en communication avec des pays où règnent la peste, le typhus et le choléra.

En effet, dans son rapport annuel, l'Administration générale de l'hygiène publique soulignait cet état de choses :

« L'Empire a dû, dans le cours de 1311, se prémunir contre l'introduction de maladies contagieuses sévissant dans les pays limitrophes ou peu éloignés, notamment du *choléra*, de la *peste*, du *typhus exanthématique* et de la *variole*.

Suivant les cas, les passagers ou voyageurs ont été mis en observation dans les stations quarantaines, ou soumis à une visite minutieuse et parfois à une vaccination. »

La surveillance sanitaire du golfe Persique est particulièrement difficile, car on doit surveiller non seulement les grands vapeurs, mais aussi tout le cabotage d'une longue côte désertique habitée du côté de l'Arabie par une population qui, dès l'apparition de la peste, passe sur la rive iranienne.

Notre pays a complété dans ces dernières années la défense sanitaire de ses frontières. Ainsi, au cours de l'année 1312 (1933-1934), l'Administration générale de l'hygiène publique a consacré une grande partie de son activité à l'amélioration de nos stations quarantaines :

ZAHEDAN (frontière de l'est). — Etudes préliminaires des travaux de construction d'une station quarantenaire terrestre. Achat de matériaux pour la construction de la dite station.

BENDER-ABBAS. — Amélioration de la station quarantenaire.

DJASK. — Continuation des travaux de construction de la station quarantenaire maritime et aérienne.

BOUCHIR. — Achat d'un immeuble pour l'installation d'une nouvelle station quarantenaire maritime et aérienne.

DJOLFA. — Des études ont été faites et des matériaux achetés pour la construction d'une station quarantenaire terrestre.

GASSRÉ-CHIRINE. — Les travaux de construction, de clôture et d'aménagement de la station quarantenaire terrestre se sont poursuivis en 1312.

Actuellement, la situation sanitaire de nos ports est tout à fait satisfaisante, et les dispositions prévues par les conventions sanitaires internationales y sont judicieusement observées.

Il y a environ 5 ans, le D^r Clerc, dans un ouvrage publié sous la direction de M. le Professeur Tanon (1), écrivait à propos de la prophylaxie du pèlerinage de la Mecque :

« Un jour peut-être, du côté persan, une ligne de chemin de fer joindra Téhéran au golfe Persique, et les pèlerins persans s'embarqueront là, traverseront le golfe Persique, suivront la côte de l'Arabie, entreront dans la mer Rouge et gagneront Djeddah après avoir passé par Camaran. Cette nouvelle route n'est pas de nature à donner la moindre inquiétude. »

En effet, dans une dizaine de mois, le transiranien joindra le golfe Persique à la Caspienne en passant par Téhéran.

Alors que le D^r Clerc se plaçait au point de vue de la prophylaxie du pèlerinage de la Mecque, nous pourrions nous demander si cette liaison entre le

(1) Hygiène maritime et prophylaxie internationale, Vigot frères, Paris (1933).

golfe Persique (région exposée à une contamination par les provenances de l'Inde) et les provinces caspiennes (c'est-à-dire précisément les provinces qui livrèrent passage au choléra dans sa marche vers l'Europe, au cours du siècle dernier) ne doit pas nous inspirer de sérieuses craintes au point de vue de la prophylaxie internationale.

A cette question, nous croyons pouvoir répondre par la négative. Certes, nos autorités sanitaires du golfe Persique devront faire preuve d'une grande vigilance, mais nous sommes persuadés qu'elles sauront faire face à cette nouvelle situation et continueront à assurer la défense sanitaire de l'Empire.

*
* *

De tout ce qui précède, nous pouvons conclure que notre pays est actuellement bien protégé, grâce aux mesures sanitaires prises à ses frontières maritimes et terrestres. Mais ces mesures sont loin de pouvoir supprimer le danger de propagation des maladies pestilentiennes.

Et nous terminerons ce chapitre en en tirant le même enseignement que le D^r Pottevin dans ses leçons sur la prophylaxie internationale à l'Institut d'Hygiène :

« Pour un pays, la véritable sécurité résulte de l'effort qu'il fait, à titre permanent, pour assainir son territoire, et pour entretenir des services prophylactiques prêts à circonscrire et à étouffer l'infection dès qu'elle apparaît. »

CONCLUSION

I

Le choléra n'a jamais été endémique en Iran, malgré ses multiples invasions.

Pour la peste, il ne semble pas qu'il y ait eu de foyer véritable. Les foyers de Kurdistan et de Khorassan doivent être considérés comme des foyers secondaires temporaires. Il s'agirait là de ce que M. le Professeur Tanon a appelé des foyers de relai, des foyers occasionnels, qui paraissent avoir été en activité pendant une période limitée dans le cours du XIX^e siècle.

L'Iran est indemne de fièvre jaune.

La variole est endémique, mais grâce à la vaccination antivariolique gratuite et obligatoire, elle est en train de disparaître.

Le typhus exanthématique est endémique en Iran, ses principaux foyers sont dans les provinces d'Azarbaïdjan et Khorassan. Le foyer d'Azarbaïdjan (Tabriz) est le plus important, puisque la moitié des cas de typhus constatés en 1935 furent observés dans cette province. La maladie est d'ailleurs en régression grâce aux efforts de l'Administration générale de l'hygiène publique. Le nombre des cas relevés dans les villes est tombé de 1.200 en 1931 à 111 cas en 1937.

II

L'Iran fut invité pour la première fois, en 1866, à la Conférence de Constantinople. A partir de 1892

il participa à toutes les Conférences sanitaires internationales sauf celle de Dresde (1893).

Il collabora loyalement, reconnaissant l'insuffisance de ses moyens de défense contre les épidémies, il n'hésita pas à demander l'aide de l'Europe pour organiser la lutte contre les maladies pestilentiellles. Ces Conférences tentèrent de le protéger, mais leurs résolutions, devant être appliquées par le Conseil supérieur de santé de Constantinople et le gouvernement ottoman, ne restèrent qu'à l'état de projet. Il a vainement attendu le concours des puissances, l'aide du Conseil de santé de Constantinople, alors que les épidémies souvent fort meurtrières ravageaient son territoire.

III

Le Conseil sanitaire de Téhéran ne fut certes pas un organisme international, analogue à celui de Constantinople, mais un Conseil consultatif s'occupant de toutes les questions d'hygiène de l'Empire.

IV

Ce n'est qu'en 1896 que l'Iran commença à réaliser sa défense sanitaire en créant les stations quaranténaires du golfe Persique. Depuis il n'a pas cessé de compléter la défense sanitaire de ses frontières.

Actuellement, nos stations quaranténaires maritimes, terrestres et aériennes donnent toutes les garanties voulues. La situation sanitaire de nos ports est tout à fait satisfaisante et les dispositions prévues par les conventions sanitaires internationales y sont judicieusement observées.

Ainsi nous sommes parvenus à barrer la route aux maladies pestilentiellles importées du dehors. Nous sommes heureux de constater que ce résultat a été obtenu par nos propres moyens. En effet, la dernière apparition du choléra date de 1931 et depuis, grâce à la vigilante surveillance des autorités sanitaires iraniennes, notre pays n'a pas souffert des épidémies cholériques.

Vu : *Le Doyen,*
TIEFENEAU.

Vu : *Le Président,*
TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSET.

BIBLIOGRAPHIE

- Abpt.* — Convention sanitaire internationale pour la navigation aérienne. Revue Méd. Française, N° 3, Mars 1936.
- Ali Khan.* — Choléra en Perse, prophylaxie et traitement, Paris, 1908.
- Alam ol-molk.* — Etude sur la peste en Perse. Thèse de Paris, 1908.
- Annuaire sanitaire maritime internationale. Office International d'Hygiène Publique (1930).
- Ashtiany Djavad.* — Note présentée au Comité de l'Office International d'Hygiène Publique sur l'épidémie cholérique de 1927 en Iran. Bulletin de l'Off. Int. d'Hyg. Publ., T. XIX, Fasc. 11, Nov. 1927.
- Bulletins de l'Office International d'Hygiène Publique : 1927, 1928, 1930, 1931, 1933, etc.
- Bulletins épidémiologiques de la Société des Nations de 1924 à 1937 et jusqu'en Mars 1938.
- Bulletins sanitaires. Administration du service de santé et de l'hygiène (Bruxelles).
- Castaldi.* — La peste dans le Kurdistan persan.
- Chantemesse (A.) et Borel (F.).* — Hygiène internationale. Frontières et prophylaxie.
- Convention sanitaire internationale (1912).
- Convention sanitaire internationale pour la navigation aérienne. La Haye, 12 Avril 1933. Bull. Off. Inter. Hyg. Publ., T. XXV, Fasc. 6, Juin 1933.
- Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. A. Dechambre. L. Lereboullet (article peste).
- Documents fournis par l'Administration générale de l'hygiène publique de l'Iran, 1938.

Dujarric de la Rivière. — Au sujet de la surveillance sanitaire de la navigation aérienne. Bull. de l'Acad. de Médecine Paris, N° 113, 28 Mai 1935.

Faivre (Haul). — Prophylaxie internationale et nationale.

Faivre. — Défense sanitaire du golfe Persique.

Gaston Binson. — Etat sanitaire des grandes lignes aériennes mondiales et convention sanitaire pour la navigation aérienne. Thèse de Lyon, Nov. 1936.

Hygiène maritime et prophylaxie internationale : ouvrage publié sous la direction de M. le Professeur Tanon par Clerc Navarre, Boher et Villejean.

Jean Toy. — Réglementation de la défense sanitaire.

Lachèze. — Mémoire sur la peste en Perse (Bullet. de l'Acad. Roy. de Méd. de Paris, 1837, T. I, page 349).

Léon Bernard et Debré. — Cours d'Hygiène.

Moayed Hekmat. — Epidémiologie générale de l'Iran. Thèse de Paris (1937).

Néligan (A.-R.). — Public Health in Persia. Biblioth. de la S.D.N., Section d'Hygiène. Traduit de l'anglais par M. le Dr Broquet. Revue de médecine préventive, T. XXVII.

Procès-verbaux des Conférences sanitaires internationales :

Conférence de Venise (1892).

Conférence de Dresde (1893).

Conférence de Paris (1894).

Conférence de Venise (1897).

Conférence de Paris (1903).

Conférence de Rome (1907).

Conférence de Paris (1926).

Procès-verbaux des séances du Conseil sanitaire de l'Empire de Perse de 1904 à 1925.

Proust (A.). — Traité d'Hygiène (Paris, 1904).

— La défense de l'Europe contre la peste (Paris, 1897).

— La défense de l'Europe contre le choléra.

— Hygiène internationale.

— Orientation nouvelle de la politique sanitaire.

— Rapport adressé à M. le Ministre du Commerce le 25 juin 1885.

— Rapport présenté au Ministre du Commerce. Journal Officiel, 10 juillet 1870.

Rapport de l'Administration générale de l'hygiène publique de l'Iran, Téhéran (1927). Biblioth. de la S.D.N., Section d'Hygiène.

Rapport de l'Administration générale de l'hygiène publique de l'Iran, 1932-1933 et 1933-1934. Off. Int. de l'Hyg. Publique.

Rapport sur la situation sanitaire en Perse, par Gilmour, 1924 (Publication de la S.D.N.).

Raybaud (A.). — Convention sanitaire internationale de 1926, Marseille Médical, 1927.

Revue d'Hygiène, 1896.

Revue d'Hygiène, 1897.

Répertoire sanitaire maritime international. Off. Int. d'Hyg. Publique, 1934.

Rochaix. — La prophylaxie internationale du typhus exanthématique. Revue Médicale Française, N° 3, Mars 1936.

Tanon (L.). — Le choléra. Cours d'Hygiène.

Tholozan. — Histoire de la peste en Perse (1874).

Thomson. — Note présentée au Comité de l'Office international d'hygiène publique sur l'épidémie de choléra de l'Irak (1927). Bull. de l'Off. Int. d'Hyg. Publique, T. XIX, Fasc. 11, Nov. 1927.

Traité d'Hygiène. Martin et Brouardel. Epidémiologie. Tomes XIX, XX et XXI.

Wu Lien-Teh. — A Treatise on Pneumonic Plague.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	13
CHAPITRE PREMIER. — <i>Les Conférences sanitaires internationales</i>	17
CHAPITRE II. — <i>Les maladies pestilentielles en Iran</i> ..	33
Le choléra	33
La peste	43
Le typhus exanthématique	50
La variole	52
La vaccination antivariolique	56
CHAPITRE III. — <i>L'Iran et les Conférences sanitaires</i> .	59
Mission en Perse	60
Conférence de Paris (1894)	65
Conférence sanitaire internationale de Venise (1897)	74
Conférence de Paris (1903)	87
Conférence sanitaire internationale de Paris (1926)	97
CHAPITRE IV. — <i>Le Conseil sanitaire de Téhéran</i> ...	101
CHAPITRE V. — <i>La défense sanitaire de l'Iran</i>	109
Administration sanitaire maritime	109
Les stations quaranténaires du golfe Persique	111
La mer Caspienne	115
Stations terrestres	116
CONCLUSION	122
BIBLIOGRAPHIE	125

